

В. ШТЕККЕЛЬ

О С Н О В Ы
А К У Ш Е Р С Т В А

Т О М В Т О Р О Й

БИОМЕДИЦИЗ • 1938



akusher-lib.ru

LEHRBUCH

DER

GEBURTSHILFE

BEARBEITET VON:

PROF. DR. G. BESSAU (LEIPZIG), PROF. DR.
O. VON FRANQUÉ (BONN), PROF. DR. O. HOEHNE
(GREIFSWALD), PROF. DR. RUD. TH. VON JASCHKE
(GIESSEN), DR. MED. B. OTTOW (BERLIN), PROF.
DR. L. SEITZ (FRANKFURT A/M), PROF. DR. W. STOE-
CKEL (BERLIN), PROF. DR. M. WALTHARD (ZÜ-
RICH)

HERAUSGEGEBEN VON
PROF. DR. W. STOECKEL

B A N D II

В. ШТЕККЕЛЬ

ОСНОВЫ АКУШЕРСТВА

С О С Т А В И Т Е Л И:

Г. БЕССАУ (ЛЕЙПЦИГ), М. ВАЛЬТХАРД
(ЦЮРИХ), О. ХЕНЕ (ГРЕЙФСВАЛЬД), Л. ЗЕЙЦ
(ФРАНКФУРТ н/М), Б. ОТТОВ (БЕРЛИН),
О. ФОН ФРАНКЕ (БОНН), В. ШТЕККЕЛЬ
(БЕРЛИН), Р. ФОН ЯШКЕ (ГИССЕН)

ПЕРЕВОД С ТРЕТЬЕГО, ДОПОЛНЕН-
НОГО И ИСПРАВЛЕННОГО ИЗДАНИЯ
ПОД РЕДАКЦИЕЙ
В. С. ГРУЗДЕВА, С. Б. РАФАЛЬ-
КЕСА и И. И. ФЕЙГЕЛЯ

ТОМ ВТОРОЙ

ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
БИОЛОГИЧЕСКОЙ
И МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МОСКВА 1935 ЛЕНИНГРАД



РАЗРЫВ МАТКИ

В. Штекель (Берлин)

Наиболее тонкостенными частями полового канала во время родов являются нижний сегмент матки и прилегающая к нему верхняя часть влагалищной трубки—влагалищный свод.

Незначительной толщиной отличаются стенки нижнего сегмента и шейки сравнительно с полым мускулом уже в матке, находящейся в состоянии покоя. Благодаря сокращению ее во время родов и совершающейся при этом в сторону ее дна ретракции маточной мускулатуры стенка полого мускула становится все толще, а растягиваемая стенка нижнего маточного сегмента и шейки—все тоньше. Передний и задний своды влагалища после сглаживания шейки и после полного раскрытия наружного зева составляют одно целое. Стенка этого влагалищного свода, образующего непосредственное продолжение канала шейки, тоньше стенок остальной влагалищной трубки, так как здесь отсутствуют *columnae rugatum*, и вокруг этой части рукава нет ни мышц ни фасций тазового дна (Фрейнц).

Нижний маточный сегмент, маточная шейка и своды влагалища из-за их тонкостенности представляют собой наиболее предрасположенные к разрывам отделы полового трубки. При нормальных родах они стойко противостоят растяжению, которому подвергаются, так как при правильном ходе родового акта растяжение это бывает только кратковременным. Но если они подвергаются продолжительному перерастяжению и если от них требуется нефизиологическая задача—быть не проходной трубкой, а плодовместилищем,—то они разрываются.

Следовательно если в силу существования непреодолимого препятствия для родов ребенок может «родиться» только в нижний маточный сегмент и верхний отдел влагалища и здесь остается, наступает разрыв матки. Сила сокращений последней повышается пропорционально встречаемому ею сопротивлению. Связки матки, соединительнотканнные и фасциальные соединения и примыкающий к ней рукав патологически перерастягиваются. Ретракция мышц в направлении ко дну ее над не подвижающимся вперед плодом делается все сильнее. Стенка полого мускула, из которого ребенок уже большей частью бывает изгнан, делается все толще, и одновременно все тоньше становится стенка нижнего маточного сегмента, в просвет которого ребенок вдвинут обычно без возможности продвигаться дальше. Так происходит патологическое перерастяжение нижнего сегмента, который в обычных условиях функционирует только как начальная часть проходной трубки, а теперь вынужден бывает долгое время вмещать в себе плод, встретивший в своем продвижении препятствие. Наконец наступает момент, когда это перерастяжение достигает своего наивысшего предела и когда при продолжающейся работе матки, ретракции и истончении ее стенок матка должна разорваться.

Подразделять разрывы матки можно, исходя из различных точек зрения. Прежде всего здесь важно бывает иметь в виду, что именно разрывается.

1. Разрыв нижнего маточного сегмента (собственно разрыв матки, бандлевский разрыв) может наступить только тогда, когда сегмент этот, будучи фиксирован одновременно у обоих своих концов, перерастягивается сверх пределов своей устойчивости.



340. Полный разрыв матки на стороне головки при запущенном II поперечном положении с кровотечением в свободную брюшную полость (схематически).



341. Неполный разрыв матки с позадибрюшинным кровотечением в тазовую клетчатку и с частичным отделением плаценты (схематически). Плод для большей ясности отношений удален.

Вверху он бывает фиксирован благодаря тому, что его прикрепление доходит до границы патологически повышенной растяжимости, до контракционного кольца, т. е. границы между полым мускулом и нижним сегментом матки. Внизу он бывает фиксирован благодаря тому, что нижняя часть шейки, главным образом область выше передней губы маточного зева, плотно ущемляется между стенкой таза и плодом (патологически повышенное «внутреннее и внешнее прилегание», см. рис. 141).

2. Разрыв свода влагалища [отрыв матки от влагалища (*colporrhæxis*)] может наступить только тогда, когда нет ущемления шейки и когда сглаженный зев оттянут над предлежащей частью кверху или когда предлежащая часть слишком мала или слишком мягка, чтобы производить ущемление стенки шейки (Фрейн). Тогда уже не нижний маточный сегмент, но ближайший к нему более низко расположенный отрезок половой трубки, влагалища, будет фиксирован у двух своих концов (контракционное кольцо и тазовое дно) и вместе с тем будет сильнее всего растянутым отрезком проходной трубки, который при дальнейшем растяжении и при отсутствии движения ребенка вперед разрывается на самом тонком месте.

Важно, какие слои растянутого отрезка разорвались. С этой точки зрения могут быть различаемы:

A. Ruptura uteri completa—полный разрыв матки, при котором разрываются все слои маточной стенки, так что половая трубка непосредственно и широко сообщается с брюшной полостью (рис. 343).

B. Ruptura uteri incompleta—неполный разрыв матки, при котором разрывается только мускулатура, а брюшина остается целой, так

что разрыв не сообщается с брюшной полостью (рис. 344).

Смотря по тому, наступает ли разрыв самопроизвольно или вследствие травмы, различают далее самопроизвольный и насильственный разрывы матки^{1,2}. Насильственный разрыв во время и вследствие акушерских операций происходит обыкновенно только тогда, когда уже подготовлен самопроизвольный разрыв, а признаки угрожающего разрыва не распознаны. Бывает к сожалению, что матка разрывается и без какого-либо перерастяжения нижнего сегмента матки, когда без показания, при отсутствии надлежащих условий и технически грубо производят форсированное извлечение щипцами или поворот. Особенно бывают опасны попытки извлечения щипцами при головной водянке плода и поворот при запущенном поперечном положении.

После насильственных разрывов наблюдаются со стороны врачей такие же бессмысленные действия, объяснимые полной потерей самообладания, как и после инструментальной перфорации матки. Так, в одном случае рукой, введенной для отделения последа, но проникшей в брюшную полость, была вырвана вся толстая кишка, в другом случае вырвана вся матка.

В редких случаях матка разрывается вследствие падения беременной, причем понятно особенно опасен бывает непосредственный удар животом об пол. Впрочем и падение на ягодицы может вызвать «лопание» матки, как и всякого другого наполненного органа живота, например мочевого пузыря. Травматический разрыв во время беременности иногда бывает неполным и только во время родов, при повышении давления во время схваток, становится полным. Подобное же действие вследствие внезапного изменения давления может оказать очень быстро выпускание вод при многоводии (сл. Фрейнда).

Некоторые авторы (Кермаунер, Хейдлер) принимают, что движения плода могут иногда содействовать превращению неполного разрыва в полный. Иногда при лапаротомии находили только одну ручку плода, высовывающуюся через место разрыва, но понятно это еще не говорит в пользу указанного взгляда.

¹ В наибольшей из русских статистик разрывов матки, обнимающей 128 сл. и принадлежащей Лёдомскому, самопроизвольный разрыв наблюдался в 99 сл. При этом в области нижнего сегмента разрыв локализовался 97 раз, в области дна—11 раз, в области тела матки ниже дна—только 1 раз, отрыв сводов имел место в 11 сл.—В. Г.

² Среднее место между самопроизвольными и насильственными разрывами матки занимают те случаи, где разрыв является результатом назначения таких усиливающих родовые схватки средств, как тимофизин, питуитрин и т. п. Поэтому нельзя не присоединиться к высказанному в новейшей немецкой печати Кайзером протесту против неразборчивого применения этих средств.—В. Г.



342. Placenta accreta с прорастанием ворсинок через стенку матки (по Дитриху).



343. Самопроизвольный разрыв матки во время родов (II роды, в анамнезе выскабливание и ручное отделение плаценты); кроме того большой разрыв шейки.

К разрывам матки могут вести следующие препятствия для родов.

1. Узкий таз, не допускающий вступления ребенка в его вход.

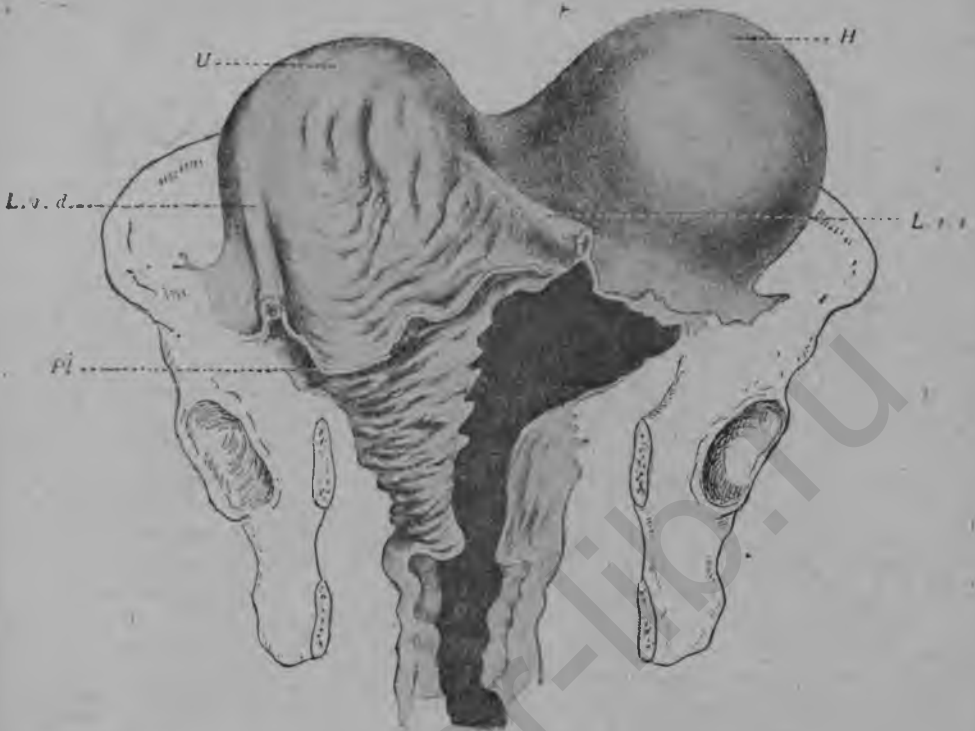
Тот факт, что небольшие сужения таза гораздо чаще ведут к разрывам матки, чем сужения более высоких степеней, можно объяснить тем, что при последних невозможность родов распознается заблаговременно и заблаговременно принимаются соответствующие меры, при меньших же сужениях этого часто не бывает. Поэтому напр. при абсолютных степенях сужения таза, при которых делают кесарское сечение, дело до перерастяжения нижнего сегмента обычно не доходит.

2. Положения и вставления плода, при которых роды оказываются невозможными: во-первых, остающиеся неисправленными поперечные положения, причем разрыв происходит обыкновенно на той стороне, где лежит головка плода; далее выраженное заднее теменное вставление, лицевое вставление с подбородком, обращенным кзади, лобные вставления с обращенной назад переносицей.

3. Ненормальная величина предлежащей части (гидроцефалия, ненормально большой и твердый череп у очень переношенных или очень крупных детей, иногда выпадение ручки рядом с головкой).

4. Ущемившиеся в тазу опухоли, особенно опухоли яичника, создающие такие же пространственные отношения, какие существуют при сильных степенях сужения таза.

Миомы ведут к разрывам матки гораздо реже, даже если они лежат неблагоприятно. Причина этого лежит в том, что плотные миомы вследствие застоя, обусловленного гиперемией, связанной с беременностью и родами, становятся отечными, мягкими и более способными изменять свою форму. Напротив, мягкие овариальные кисты вследствие обусловленной этой гиперемией более сильной секреции жидкости в полость кисты становятся плотнее, тверже и менее способными изменять свою форму.



344. Неполный разрыв матки. Кровотечение из влагалища и большая левосторонняя внутрисвязочная гематома.

U—матка; *H*—гематома; *L.o.d.*—правая круглая связка; *L.o.s.*—левая круглая связка; *Pl*—пузырно-маточная переходная складка брюшины (по Ли).

5. Очень сильные рубцовые изменения во влагалище, также объемистые рубцы в параметрии, не поддающиеся влиянию родовой гиперемии и давлению, обусловленному схватками.

Такие рубцы бывают после повреждений при предыдущих родах, при пузырно-влагалищных свищах, послеродовых нагноениях. Сюда же принадлежат ненормально прочные, патологические спайки матки (после вентро и вагинофиксации).

6. Резко выраженный отвислый живот, при котором ось матки бывает настолько отклонена кпереди, что головка проталкивается вперед не по оси таза, а придавливается прямо к задней стенке нижнего сегмента матки и к поясничной части позвоночника. Не подлежит никакому сомнению, что даже абсолютно целая и нормальная матка может и должна разорваться, если ее нижний сегмент подвергается перерастяжению, переходящему наконец границы возможного. Но также несомненно, что совершенно независимо от физиологической тонкостенности разрывающегося полового канала предрасположение последнего к разрыву повышается благодаря патологическим состояниям.

Таковыми предрасполагающими к разрыву моментами являются:

7. Большое число предшествовавших родов. У первобеременных со здоровыми половыми органами разрывы очень редки, даже при весьма сильном перерастяжении нижнего маточного сегмента; напротив, у по-

вторнобеременных при подобных же условиях разрывы бывают легче и притом тем легче, чем больше было родов (по статистике Фрейнда на 546 сл. разрыва матки у многородящих было только 5 сл. у первородящих). На это надо обращать особенное внимание при ведении родов при узком тазе. Мускулатура повторнородящей матки бывает перерастянута, менее эластична, местами нередко рубцово изменена, по всем этим причинам устойчивость ее меньше. У первородящих же матка крепкая и совершенно «непшошенная». Даже у пожилых первородящих разрывы происходят лишь очень редко. Крепость стенки матки у первородящих находит себе действительную поддержку в противодействии тугой брюшной стенке, в то время как у многородящих с отвислым животом и расхождением прямых мышц этого противодействия нет. Таким образом первородящая с узким тазом может рожать очень долго, и все же роды иногда происходят у ней самопроизвольно. У повторнородящих, даже если они уже много раз родили самопроизвольно, нужно быть много осторожнее: матка у них не только тем более «пшошена», чем больше у женщины было родов, но и дети ее с каждой беременностью обыкновенно становятся больше и тяжелее и имеют более твердую, менее способную к конфигурации головку, так что несоответствие между тазом и головкой увеличивается, в то время как способность матки к сопротивлению уменьшается. Поэтому у повторнородящей с узким тазом с самого момента разрыва пузыря нужно неотступно и самым внимательным образом обращать внимание на признаки угрожающего разрыва матки.

8. Рубцы маточной стенки. На первом плане здесь стоят рубцы после кесарского сечения¹, зажившие не путем первичного заживления, или не так, чтобы все слои шитой стенки матки стали прочными.

Полные разрывы матки, если они не ведут к смерти, и неполные, по мнению Фрейнда чаще, чем думают, остающиеся незаметными, дают понятно особенно высокую степень предрасположения к повторному разрыву—по крайней мере на некоторое время. Позднее, после ряда лет, такие рубцы, как показывает опыт, могут при известных обстоятельствах хорошо выдержать нагрузку при родах.

Примером этого может служить случай Вестфалена, где имел место разрыв матки и после него еще двое нормальных родов без разрывов.

Понятно в подобных случаях надо всегда быть очень осторожным и вначале прибегать к предохранению от зачатия, а затем проводить роды в клинике при постоянной готовности к кесарскому сечению и без слишком обильного назначения средств, вызывающих схватки.

Рубцы после перфораций матки, происходящих при расширении и работе кюреткой, и после вапоризации матки, а также после очень глубоко проникающего в мускулатуру матки, но без перфорации ее, выскабливания позднее также предрасполагают к разрывам матки. Во всех этих случаях при наступающих родовых схватках и притом часто очень рано разрывается не нижний маточный сегмент, но рубцово измененный участок маточной стенки.

¹ По новейшим данным иностранной литературы особенно предрасполагают к разрыву при последующих родах кесарские сечения, произведенные с донным поперечным разрезом по Фричу. Напротив, после трансперитонеального шеечного кесарского сечения разрывы бывают реже всего (по Бейтнеру всего в 0,28%), тогда как после кесарских сечений, произведенных с рассечением матки в области тела ее, процент разрывов при последующих родах колеблется по этому автору от 1 до 4.—В. Г.

После вылущения миом опасность разрыва менее велика, чем этого можно было бы опасаться и чем это утверждали раньше. Если ложе миомы хорошо сшито и зажато первичным натяжением, то рубцы противостоят родам очень хорошо. Я наблюдал много таких случаев.

9. Аномалии прикрепления плаценты. При ручном отделении плаценты, в случаях placenta accreta, нельзя избегнуть того, чтобы при «выгребании» глубоко врастших ворсинок не прихватить мышечных волокон и чтобы маточная стенка благодаря этому не осталась в этом месте надолго истонченной.

Но и без предшествовавшего ручного отделения глубокое патологическое прорастание плаценты может привести к атрофии мускулатуры матки и самопроизвольному разрыву (Дитрих) (рис. 342 и 343) или к разрыву при выжимании плаценты по Креде. Предлежание плаценты также повышает предрасположение к разрыву, так как тонкостенный нижний маточный сегмент благодаря большому кровенаполнению делается еще менее устойчивым¹. Что разрывы при этом все же бывают нечасто, зависит от своевременно применяемой терапии из-за кровотечения, обусловленного предлежанием плаценты.

10. Инфантилизм половых органов. Инфантильная матка бедна мышцами и богата соединительной тканью, мало растяжима, неэластична и разрывается бесспорно легче, чем матка нормальная, богатая мускулатурой. Большая часть разрывов у первородящих объясняется именно этой аномалией. Эти конституциональные моменты все более и более выдвигаются в настоящее время на передний план.

11. Пороки развития матки—двойная и двурогая матка, маточные дивертикулы (врожденные или приобретенные, случаи Фрейнда, Шикеле, Мюллера и Хеллендаля). В таких случаях разрыв матки может наступить очень рано, уже при первых, даже еще не ощущаемых схватках, следовательно еще во время беременности и без всяких признаков угрожающего разрыва.

12. Заболевания матки: adenomyosis (случай Шугта), разрыв при поднятии полного ведра (случай Шефера), может быть также перенесенный перитонит с вторичным жировым перерождением маточной мускулатуры.

Многочратно утверждали, что мускулатура матки вследствие общих заболеваний может быть повреждена настолько, что создается ее предрасположение к разрывам, но точно это еще не доказано. Цвейфель усматривал предрасполагающий к разрыву момент в сифилисе, но доказательства этому тоже еще нет. Во многих случаях не удается найти причины или предрасполагающего к разрыву момента. Фрич установил, что из 500 случаев разрыва матки в 388 имел место узкий таз, в 45—гидроцефалия и в 50—запущенное поперечное положение при широком тазе, а для 17 случаев нельзя было указать никаких определенных причин разрыва.

Вычисление частоты разрывов матки в цифрах имеет мало значения. Статистические показатели колеблются здесь в очень больших пределах—от 1 : 6100 до 1 : 235 родов. Разрыв матки служит хорошим мерилом знания акушерства у врачей и акушеров, и можно считать признаком хорошего акушерского образования и постановки дела то обстоятельство, что во многих местах он представляет редкое явление.

Разрыв матки—это по Цвейфелю «самое плохое, что может случиться с роженицей». Ребенок при этом почти всегда погибает, мать, если разрыв происходит на дому, обыкновенно также умирает. При таком безотрадном прогнозе своевременная профилактика разрывов матки имеет огромнейшее значение.

¹ По статистике Иванова из 124 случаев разрыва матки в 12 разрыв имел место при предлежании последа.—В. Г.

Признаки угрожающего разрыва матки¹

Изменившийся тип схваток. Чтобы преодолеть препятствие для родов, матка работает все с большей силой, ее сокращения становятся все чаще, все сильнее и вследствие увеличения перерастяжения все болезненнее. Родовая деятельность повышается до бурной степени и наконец переходит в так называемый столбняк матки (*tetanus uteri*), в максимальное продолжительное сокращение, прерываемое лишь короткими паузами. Роженица вынуждена поддерживать эту повышенную работу матки сильными, вызванными перерастяжением нижнего маточного сегмента потугами (Хене), причем не имеет никакой передышки от стойко держащихся сильнейших болей.

Контракционное кольцо—верхняя граница нижнего маточного сегмента—поднимается все выше и выше. При нормальных родах оно остается на уровне верхнего края симфиза и остается невидным для глаза за лобком. При увеличивающемся перерастяжении нижнего сегмента оно повышается в направлении пупка в виде борозды, косвенно идущей через живот. Если борозда эта находится поблизости пупка, то есть угроза разрыва, а если она уже достигла пупка, то разрыв может произойти немедленно. Ниже кольца сокращения над симфизом в виде полушара выпячивается перерастянутый нижний сегмент.

Сильно растянутый мочевой пузырь может дать подобную же картину—сильное выпячивание над симфизом и бороздообразное углубление там, где оканчивается верхушка пузыря. Различие здесь однако нетрудно: перерастянутый нижний сегмент бывает в высшей степени напряжен, очень чувствителен к давлению и при ощупывании представляется твердым, как доска. Переполненный же мочевой пузырь флюктуирует или самое меньшее уступает давлению. Всякое сомнение быстро устраняется катетеризацией.

В более редких случаях высокое стояние контракционного кольца может иметь место уже рано, еще в периоде раскрытия, если схватки у неполноценной в конституциональном отношении инфантильной матки слабы и притом имеются преждевременный разрыв пузыря и ригидность мягких частей (у старых первородящих) (Вейнцирль, Ланге-Нильсен). В дальнейшем может наступить изолированная спастическая контрактура контракционного кольца без растяжения или перерастяжения нижнего маточного сегмента. Она может так обхватить находящуюся в последнем часть плода (головку, шейку, плечико), что наступает затруднение или остановка родов с значительной опасностью для ребенка. Сюда же относится так наз. спазм внутреннего зева в последовом периоде, который может наступить после неправильного механического или лекарственного воздействия на матку. Во всех таких случаях морфия и в случае надобности наркоз являются лучшими противосудорожными средствами, и лишь в случае неуспеха можно применить осторожное механическое растяжение.

При ощупывании бросается в глаза очень сильная чувствительность брюшных покровов к давлению ниже пупка, обусловленная растяжением брюшины. Круглые связки ощущаются как твердые, очень туго натянутые тяжи.

По Цвейфелю соединительная линия между местами отхождения круглых связок в норме не должна переходить за горизонтальную, проведенную через пупок. Если это наблюдается и соединительная линия стоит выше, то это говорит за угрожающий разрыв матки. Ауэр не мог подметить признака Цвейфеля во многих случаях раз-

¹ Некоторые авторы (у нас главным образом Вербо́в), основываясь на тех случаях, где разрыв матки наступает без всяких предвестников, возражают против теории Вандля и приписывают главную роль в этиологии разрывов матки патологическим изменениям маточной мускулы. Не отрицая, что такие изменения значительно предрасполагают к разрыву, все же нельзя отрицать и того, что механизм разрыва в очень большом числе случаев совершается именно так, как указано Бандлем.—В. Г.

рывов и, наоборот, обнаружил его при многих родах, протекавших вполне физиологически.

Предлежащая часть устанавливается неподвижно над входом в таз. Распознавание положения плода вследствие сильного напряжения стенки матки очень затруднено, часто даже невозможно. Сильно утолщенный полый мускул располагается над перерастянутым маточным сегментом, как компактная масса. Он имеет меньшую ширину, чем нижний сегмент, и, если плод большей своей частью родился в нижний маточный сегмент, производит впечатление большого миоматозного узла.

При внутреннем исследовании пузыря понятно давно уже нельзя найти. Ущемленная шейка представляет очень характерную картину—ниже места ущемления определяется сильно вздутая, багрового цвета, мягкая, отечная, похожая на полип губа маточного зева. При отсутствии ущемления нельзя установить ничего характерного. Головная опухоль бывает часто очень велика и может подать повод к ошибкам относительно высоты стояния головки. Если головка стоит еще над входом, а головная опухоль достигает половой щели, то это всегда указывает, что родовая деятельность продолжалась долго, сильно и безрезультатно.

Общее состояние роженицы также сильно страдает: роженица очень беспокойна, стонет, жалуется на жажду. Пульс ускорен, температура нередко повышена, так как вместе с продолжительностью периода изгнания повышается возможность инфекции.

При угрожающем разрыве матки надо при всяких обстоятельствах немедленно закончить роды. Немедленное родоразрешение в глубоком наркозе—единственное средство предотвратить разрыв матки. Ребенком при этом обыкновенно приходится пожертвовать, так как наложить щипцы обыкновенно еще невозможно, а поворот сделать уже нельзя. Попытка выполнить одну из этих операций, условия для которых еще не наступили или больше уже невыполнимы, почти всегда ведет к насильственному разрыву. Особенно нужно предостеречь от всякой попытки к повороту.]

Нижний сегмент матки в подобных случаях охватывает обыкновенно предлежащую часть настолько сильно, что рука не может поместиться между стенкой матки и плодом. Это при попытке ввести руку чувствуют сейчас же. Если на это сопротивление не обращают внимания или если стараются преодолеть его насильственно путем продвижения руки, то часто ощущают как бы толчок, после чего поворот и извлечение удаются очень легко. Неопытный акушер торжествует от своего успеха, не догадываясь, что доступ к плоду он мог получить только благодаря тому, что матка разорвалась под насильственно введенной рукой и что поразительная легкость операции была обусловлена смертельным повреждением роженицы. Очень легко удавшийся поворот после предшествовавшей очень трудной попытки произвести его почти всегда указывает на разрыв.

Выжидание в надежде на самопроизвольное рождение плода сложным вдвое туловищем (*conduplicatio corporis*) я считаю при угрожающем разрыве совершенно неправильным, хотя странным образом некоторые клиницисты советуют такой образ действий, забывая, что разрывы матки наблюдались даже при незрелых плодах (Вернер).

Таким образом речь здесь может идти только о раздробляющих операциях: при черепных положениях—о перфорации, при поперечных положениях—о декапитации или эмбриотомии. При всех этих операциях, если они проведены хорошо, опасность дальнейшего перерастяжения матки в центробежном направлении отпадает. С жизнью плода в подобных случаях, где положение является в высшей степени угрожающим для

матери, считаться не надо, тем более что плод в таких случаях часто бывает уже мертв, погиб от столбняка матки, который вызывает у него асфиксию на почве сильного и стойкого сужения сосудов и отнимает у него возможность оправляться во время пауз между схватками. Плод в таких случаях является умирающим и тяжело пострадавшим вследствие тетанического сокращения матки. Впрочем даже если он еще совершенно не пострадал, нужно все же принять чрезвычайно тяжелое решение произвести раздробляющую операцию, так как ничего другого для спасения матери при ведении родов на дому предпринять нельзя.

В клинике до недавнего времени было немногим лучше—очень искусный акушер мог иногда спасти мать и ребенка «запрещенными» высокими щипцами или очень осторожным, еще удающимся в глубоком наркозе поворотом, но обыкновенно все же вынужден был перфорировать или декапитировать ребенка. Вопрос о кесарском сечении в подобных случаях в прежнее время не поднимался. Дело однако изменилось с тех пор, как была доказана пригодность абдоминального шеечного кесарского сечения и для таких случаев (Кюстнер, Фромме, Штеккель, Хинтерстойсер, Лихтенштейн и др.¹). Поэтому нужно советовать транспортировать роженицу в клинику, если это можно осуществить быстро и бережно и если разрыв не угрожает непосредственно в ближайшие же минуты. Роженице нужно предварительно дать значительную дозу морфия, чтобы устранить родовую деятельность и вместе с тем угрозу разрыва матки. Длительная перевозка и продолжающаяся несколько часов езда по ухабам опасны и благоприятствуют наступлению разрыва.

Признак наступившего разрыва матки

Схватки прекращаются сразу, точно их отрезали. Этот симптом—наиболее бросающийся в глаза и самый частый. Контраст между сильнейшими бурными схватками и неожиданно наступившим их прекращением, между очень сильными болями и полной безболезненностью настолько резок, что можно поставить правильный диагноз уже из сообщения мужа или акушерки даже по телефону.

В виде исключения наблюдаются: 1) постепенное прекращение схваток при разрыве, наступающем толчкообразно; 2) дальнейшее появление схваток при небольших, неполных разрывах. Внезапной перемены может следовательно и не быть, но где она имеется, она абсолютно доказательна.

Развиваются **кровотечение и анемия.** При разрыве матки очень часто разрывается маточная артерия или одна из ее ветвей. Кроме того в таких случаях имеется кровотечение из вен или артерий мышечной стенки матки. Вытекающая кровь может найти себе путь через влагалище наружу или через разрыв—внутрь или и наружу и внутрь. При внутреннем кровотечении женщина может кровоточить и истечь кровью либо в свободную брюшную полость (полный разрыв) либо подбрюшинно в тазовую клетчатку (неполный разрыв, подбрюшинная гематома, которая может далеко отслоить брюшину и распространиться до почек). К кровотечению из разрыва присоединяется после разрыва еще кровотечение из места прикрепления плаценты, если ребенок вышел через разрыв в брюш-

¹ У нас кесарское сечение при запущенном поперечном положении и грозившем разрыве матки еще в 1911 г. было рекомендовано и с успехом применено Грамматикати.—В. Г.

ную полость. Потеря крови может при этом в короткое время стать огромной и очень быстро повести к смерти. Обыкновенно однако этого не бывает. Как правило кровотечение вызывает падение кровяного давления и уменьшение силы сокращений сердца, так что наступают тромбозирование места разрыва и временная остановка кровотечения. Большая выправляется, кровяное давление у ней повышается, сила сердечных ударов—также, благодаря этому тромбы открываются и кровотечение начинается снова. Такое чередование кровотечения и его остановки, шока и улучшения может повториться много раз, и поэтому обыкновенно проходят часы, пока не наступит безнадежное состояние больной.

Никогда нельзя при происшедшем разрыве рассчитывать на полное и окончательное самопроизвольное прекращение кровотечения; смерть от потери крови является обычным и часто неотвратимым исходом разрыва матки. Иногда кровотечения совершенно не бывает, именно если разрыв наступает не внезапно, но, как это характерно и для «рубцового разрыва» (Микулич-Радецкий), постепенно, без резких симптомов, вследствие медленного расхождения мышечных пучков.

Известны случаи, когда женщины после наступившего рубцового разрыва и выхода из матки плода и плаценты еще в течение 8 дней занимались своими обычными делами (Даль). При внезапном разрыве нижнего сегмента матки с быстрым выходением плода в брюшную полость может быть также лишь умеренное внутреннее кровотечение, если более крупные сосуды не повреждены и если матка сейчас же сильно сокращается (Фрич).

Типичным для неполного разрыва матки является появление наружного кровотечения в тот момент, когда при внутреннем исследовании палец приподнимает подлежащую часть (Фрейнд). Во всяком случае отсутствие кровотечения, особенно наружного, вовсе не является доказательством отсутствия разрыва матки.

При исключительно или преимущественно внутреннем кровотечении только прогрессирующая анемия указывает на остающееся незаметным длительное кровотечение. Признаки усиливающейся потери крови должны быть распознаны быстро и уверенно. Они представляют обыкновенно тот клинический симптом, который выступает на передний план и быстро рассеивает диагностические сомнения¹.

В отношении дифференциальной диагностики можно думать об очень редких впрочем осложнениях вследствие самопроизвольного разрыва селезенки (около 13 случаев) и разрыва селезеночной артерии, герс. аневризмы этой артерии (4 случая), которые повидимому наступают в последние месяцы беременности и обыкновенно ведут к смерти от кровоизлияния в тазовую клетчатку (Элек Майер).

Нередко при происшедшем разрыве обращает на себя внимание резкий переход от бурных схваток к полной их остановке, сопровождающийся особенно сильной толчкообразной болью, причем роженица сама ясно чувствует, будто что-то у нее лопнуло. Иногда впрочем эта боль при разрыве бывает едва выражена, а часто и совсем отсутствует. Во всяком случае она не представляет действительно типичного симптома. Напротив, в случаях разрыва матки едва ли отсутствует картина шока, который наступает не столько за счет увеличивающейся кровопотери, сколько вследствие сильного раздражения брюшины, которое объясня-

¹ Хене в таких сомнительных случаях рекомендует для установки точного диагноза вводить роженице внутривенно вытяжки из задней доли гипофиза, напр. питу-гландол. Если эти средства не дают эффекта в смысле усиления родовых схваток, то значит имеется разрыв.—В. Г.

ется внезапным изменением напряжения в полости брюшины, выходом плода и плаценты из матки в ее брюшную полость. Шок этот очень похож на перитонеальный шок, наблюдающийся при перфорации червеобразного отростка, язвы желудка и 12-перстной кишки и разрыве беременной трубы. Нередко он сопровождается обмороком.

Пульс делается малым, мягким и частым как вследствие кровотечения, так и вследствие шока или в зависимости от обеих причин.

Плод может остаться в матке или может быть вытолкнут через разрыв в брюшную полость. Последнее при обширных полных разрывах является правилом, благодаря чему при ощупывании наблюдается тогда очень характерная картина: предлежащая часть плода, перед разрывом неподвижно стоявшая над симфизом и придавленная ко входу в таз, исчезает с этого места (если плод выходит в брюшную полость) или по крайней мере становится очень легко подвижной (если плод остается в матке). Части плода, раньше с трудом или совершенно не определявшиеся вследствие резкого напряжения и твердости стенок матки и очень большой чувствительности брюшных стенок, после выхода плода в брюшную полость прощупываются через брюшные покровы отчетливо и настолько непосредственно, что кажется, будто их можно взять прямо в руку. Весь плод подвижен и может быть сдвинут в любую сторону. Матка лежит над симфизом, как плотная, твердая, достигающая середины расстояния до пупка, опухоль, величиной с голову взрослого. Она обыкновенно сильно смещается в сторону лежащим рядом с ней плодом.

Позыв на мочеиспускание с последующим коллапсом часто является начальным симптомом наступающего разрыва (Херцфельд). При очень сильном кровотечении может наступить временная анурия. Моча нередко бывает кровавой, что может зависеть от наступившего одновременно разрыва пузыря, но может быть обусловлено также и разрывами сосудов его слизистой оболочки.

При неполном разрыве обыкновенно развивается все увеличивающаяся опухоль у стенки таза рядом с маткой (вследствие растущей подбрюшинной гематомы). Благодаря проникновению воздуха может развиться далее ощущаемая через брюшные стенки крещирующая эмфизема клетчатки.

Несомненно, что разрыв матки нередко остается незамеченным, потому ли, что его симптомы были ничтожны или потому, что они не были распознаны. Иногда как после самопроизвольных, так еще чаще и после насильственных разрывов (поворот) врач обращает внимание на осложнение только потому, что родильница на его глазах теряет силы и становится анемичной. Он предполагает кровотечение от отделения последа, пробует без успеха прием Креде, решает удалить плаценту 'рукой', но находит матку пустой и попадает через разрыв в брюшную полость.

При малейшем подозрении на происшедший разрыв матки нужно во всяком случае, даже если последовый период протек нормально, сделать ручное обследование маточной полости, чтобы поставить точный диагноз.

Типичный разрыв, происходящий в шнжем сегменте матки, чаще всего локализуется вдоль какого-либо ребра матки, но может быть также на передней и на задней ее стенке. Разрывы передней стенки встречаются чаще, чем задней, продольные и косые — чаще, чем поперечные. Размеры разрыва колеблются в широких пределах, от маленького отверстия до дефекта, который почти совершенно отделяет полый мускул от нижнего

сегмента. Дальнейшее увеличение разрыва при выходе плода в брюшную полость происходит почти постоянно в направлении тела матки, очень редко—в сторону наружного зева или через последний. Отверстие разрыва в брюшине, даже и после выхода плода, часто бывает значительно меньше, чем в мускулатуре матки. Края разрыва обыкновенно разможжены и пропитаны кровью.

При так наз. *colporrhexis* может разорваться передний или задний свод влагалища, иногда же матка совершенно отрывается от сводов. Разрывы последних могут вторично распространяться на шейку. Двойной разрыв матки—и на передней стенке и на задней—в высшей степени редок (Феллинг, Нейгебауэр, Жолли).

Лечение

Полный разрыв. Главная опасность, которой подвергается при нем пострадавшая роженица,—это смерть от потери крови. Если роженица избегнет этого благодаря врачебной помощи или без нее, то ей угрожает дальнейшая опасность—смертельная инфекция и перитонит. Широкое непосредственное сообщение, образующееся между свободной брюшной полостью и разорванной шеечно-влагалищной трубкой, при всех обстоятельствах должно вести к массовому проникновению бактерий полового канала в полость брюшины. При особенно неблагоприятном прогнозе, при всякой послеродовой инфекции, проникающей в брюшную полость, шансы благоприятного исхода здесь всегда очень невелики. Можно считать счастливой случайностью, если проникшие бактерии настолько маловирулентны (отсутствие стрептококков), что инфекция может локализоваться.

Терапия поэтому здесь особенно трудна, так как все, что может быть предпринято врачом вне стационара для устранения главной опасности, т. е. для остановки кровотечения, увеличивает и должно увеличивать вторую опасность—послеродовую инфекцию. Закончить роды у женщины нужно при всех обстоятельствах как можно скорее, иначе кровотечение будет продолжаться и инфекция проникнет в брюшную полость.

Родоразрешение через влагалища, введение руки в брюшную полость, извлечение плода за ножку обратно через разрыв и затем наружу, ручное удаление плаценты, к которой уверенно проникают по пуповине, даже если она находится высоко в брюшной полости,—это плохой способ, так как благодаря ему разрыв увеличивается и кровотечение может возобновиться, а прежде всего этим очень способствуют инфекции брюшины. После такого родоразрешения нельзя ничего больше сделать, как затампонировать разрыв и матку, наложить очень крепкую давящую повязку на живот и—большой частью напрасно—надеяться, что кровотечение таким способом будет остановлено, а инфекция локализуется.

В наше время, когда и переговоры и транспорт являются быстро осуществимыми, всякий разрыв матки должен быть оперирован. Надежнее всего, после того как плод и плацента будут удалены через брюшной разрез, сделать затем полную экстирпацию или надвлагалищную ампутацию разорванной матки. При таком способе кровотечение останавливается надежно и окончательно благодаря непосредственной перевязке сосудов, а источник инфекции, разможженная матка, удаляется. Чем раньше и чем быстрее это удастся,

тем больше больная имеет шансов избежать смерти от потери крови или перитонита.

Можно также разрыв сшить, или, если по свойствам его краев этого сделать нельзя, то можно только перевязать кровоточащие сосуды и с помощью сшивания брюшины тщательно изолировать разрыв от брюшной полости, следовательно из полного разрыва сделать неполный. В обоих случаях матка сокращается и кровотечение надежно останавливается. Но при этом способе опасность перитонита устраняется менее надежно. Кроме того в дальнейшем существует опасность, что при следующих родах произойдет разрыв на месте шва или над ним,—если область разрыва срастется с передней брюшной стенкой (Энгельс).

Во всяком случае нужно при каждом разрыве быстро транспортировать роженицу в больницу без каких бы то ни было попыток к родоразрешению. От перевозки этой не следует отказываться из-за опасения, что по дороге может наступить смерть от потери крови,—опыт показывает, что это происходит не ранее нескольких часов. Конечно перевозка должна быть произведена по возможности бережно и быстро (авто, железная дорога).

При неполном разрыве показано удаление плода через влагалище. Только в виде исключения здесь бывает, что плод, выйдя через разрыв, лежит в подбрюшинном пространстве. Часто разрыв перед родоразрешением диагностируется только предположительно или вообще не диагностируется, а распознается только в последовом периоде. Консервативный образ действий при неполном разрыве дает гораздо больше шансов на благоприятный исход, чем при полном. Опасность перитонита здесь понятна значительно меньше, хотя и не исключена совершенно, несмотря на то, что брюшина осталась нетронутой. Для правильной терапии неполного разрыва надо прежде всего определить степень кровотечения; если оно мало или его совсем нет, можно ограничиться дренажем, тампонадой и давящей повязкой; если же оно сильно, то нужно делать лапаротомию так же, как и в тех редких случаях, где даже после внутреннего исследования остается сомнение, какая форма разрыва имеется. Гильемо (Париж, 1550—1613), ученик Амбруаза Паре, первый распознал разрыв матки. Со времени Михайлиса (Киль) начинается научное исследование этого осложнения родов, условия и механизм которого выяснены и прекрасно описаны впервые только Бандлем (Вена—Прага). Учение Бандля имеет руководящее значение и до сих пор. В новой литературе лучшее изложение учения о разрыве матки (с подробным литературным указателем) дано Х. В. Фрейндом (Страсбург) и Цвейфелем (Лейпциг).

Литература

Eversmann, Archiv f. Gyn., 1905, Bd. 76.—H. W. Freund, v. Winckels Handbuch der Geburtshilfe, Bd. 2, т. 3. Wiesbaden, Bergmann, 1905.—R. Freund, Halban u. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 8.—Fritsch, Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gyn., Bd. 6.—Klein, Archiv f. Gyn., 1901, Bd. 62.—Muller, Divertikelschwangerschaft, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 18.—A. Werner, Zentralbl. f. Gyn., 1920, Nr. 43.—Weinzierl, Zentralbl. f. Gyn., 1924, Nr. 26 (Dehnung des unteren Uterinsegments in der Eröffnungsperiode).—Zangemeister, Gefrierschnitt bei Ruptura uteri. Leipzig. Vogel 1907.—Zweifelf, Doderleins Handbuch der Geburtshilfe, Bd. 2, Wiesbaden, Bergmann, 1924.

Разрыв селезенки. Lundwall und Gödl, Archiv f. Gyn., Bd. 118.—Elek Mayer, Zentralbl. f. Gyn., 1928, H. 12.—Remmelt, Zentralbl. f. Gyn., 1928, H. 3.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ОРГАНИЗМЕ МАТЕРИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Л. Зейтц (Франкфурт)

1. ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ (ГЕСТОЗЫ)

В отделе, посвященном общим изменениям и реакциям во время беременности, уже указывалось на то, какие громадные перемены в отдельных органах и целых системах, в свойствах крови, в обмене веществ и пр. должен претерпеть организм женщины при наличии беременности. При вполне здоровых органах женщина переносит эти перемены как правило без всяких серьезных расстройств. У конституционально неполноценных женщин, при слабости известного органа или системы органов, ее организм оказывается не в состоянии выдержать эти изменения; наступают расстройства процессов обмена веществ, которые вероятно ведут к образованию в организме ядовитых веществ. Эти расстройства носят общее название токсикозов беременности.

Характер и природа этих ядовитых веществ нам пока точно не известны; не известно, представляют ли они собой ненормальные продукты разложения белковых веществ или здесь имеется дело с отравлением вследствие измененных соотношений между веществами, которые сами по себе неядовиты, или же наконец токсикозы беременности зависят от химических и физических изменений клеток и крови. Несомненно лишь, что причина этих изменений лежит в плоде и плаценте и в их воздействии на материнский организм.

В первые месяцы беременности выступают главным образом расстройства со стороны органов, иннервируемых вегетативной нервной системой, а именно желудка, кишечника, вазомоторной системы и т. п. Приблизительно в середине беременности как правило наступает привыкание организма к новым условиям. В последние 2—3 месяца беременности преобладают расстройства, сопровождающиеся заболеваниями почек, печени, появлением отеков и нередко судорогами. Этим расстройствам Зейтц недавно дал суммарное название отечно-нефритического и экламптического симптомокомплекса. Симптомокомплекс этот является особенно характерным для беременности. Однако и в отдельных органах или системах их, как напр. в системе печени и желудочного пузыря, коже, крови, нервах, беременность может вызвать очень сильные расстройства и большие или меньшие повреждения.

1. Отеки и водянка у беременных

Наблюдаемые физиологически уже при нормальной беременности усиленная сочность и склонность тканей к отекам нередко настолько усиливаются, что дело доходит до более или менее обширных отеков (водянка беременных по Цангемейстеру). Чаще всего поражаются отеком нижние конечности, наружные половые части и брюшные покровы, но в тяжелых случаях развивается общая водянка. Это расстройство обуславливается задержкой в тканях беременных воды и хлористого натрия, причем изменения проницаемости стенок капилляров и наруше-



345. Нефропатия беременных с отеками ног и необыкновенно сильной водяной брюшных покровов (IX месяц беременности).

ния равновесия между онкотическим давлением и фильтрационным давлением крови способствуют и усиливают отеки. В чистых формах водянки беременных совершенно отсутствуют расстройства со стороны почек, и в моче не обнаруживается ни белка ни патологических форменных элементов. Количество остаточного азота в крови не увеличивается. Равным образом проба Фольхарда почти всегда дает нормальные результаты. При длительном существовании отеков и при очень сильном распространении их нередко однако в патологический процесс вовлекаются и почки. С целью профилактики и лечения в подобных случаях рекомендуются ограниченное введение жидкостей и воздержание от пищи, богатой солями и мясной. После родов у женщин всегда происходит быстрое выведение воды почками.

2. Альбуминурия и нефрозы беременности

В последние месяцы беременности, особенно перед началом родов, в большом проценте случаев в моче обнаруживается в небольшом количестве белок, а иногда и отдельные цилиндры. Если количество белка не превышает 1^o/₁₀₀, то это явление не имеет никакого клинического значения, мы говорим тогда о физиологической альбуминурии беременных и рожениц. Если же количество белка более значительно и в моче находят большое число цилиндров, то такая альбуминурия становится патологической. В этих случаях в дальнейшем течении беременности очень часто появляются отеки, и развивается картина болезни, которую впервые описал Лейден (в 1886 г.) под названием «почки беременных» и которую мы теперь должны признать за нефроз, или нефропатию беременных.

Отеки вполне совпадают с упомянутым выше накоплением воды при водянке беременных, причем большие полости тела почти всегда, даже при обширной отечности клетчатки, бывают свободны от скоплений в них жидкости. В моче часто обнаруживается белок в очень большом количестве, нередко настолько значительном, что моча при кипячении в пробирке свертывается вся целиком. Всегда содержит моча и многочисленные цилиндры, главным образом гиалиновые, а также и зернистые. Эритроциты в ней обыкновенно отсутствуют или обнаруживаются в малом количестве. Кровяное давление в большинстве случаев бывает слегка повышено, однако иногда наблюдается и значительное его повышение. Количество остаточного азота в крови нормально или только слегка увеличено, только в тяжелых случаях количество это приобретает патологические размеры. Функциональная проба почек по Фольхарду в большинстве случаев показывает, что почки хорошо пропускают воду и моча имеет нормальную концентрацию.

Клинически можно различать 2 формы нефроза беременных. Первая имеет всегда хроническое течение, отеки при ней обыкновенно весьма велики, количество выделяемого мочой белка значительно, субъективные же жалобы относительно невелики, и эклампсия наступает редко. Иная картина наблюдается при острой форме—здесь отеки в начале заболевания и даже позднее могут совершенно отсутствовать, равным образом весьма ограничено бывает и количество белка в моче, зато уже рано появляются субъективные жалобы на очень сильные головные боли, тошноту, чувство давления в подложечной области, рвоту, а также ослабление зрения и мелькание в глазах. Кровяное давление при этой форме почти всегда бывает повышено, иногда в очень сильной степени. Все эти явления и симптомы служат предвестниками грозящей эклампсии, почему такое состояние мы называем эклампсизмом или предэклампсией. Весьма часто во время родов или непосредственно после них дело доходит действительно до припадков эклампсии.

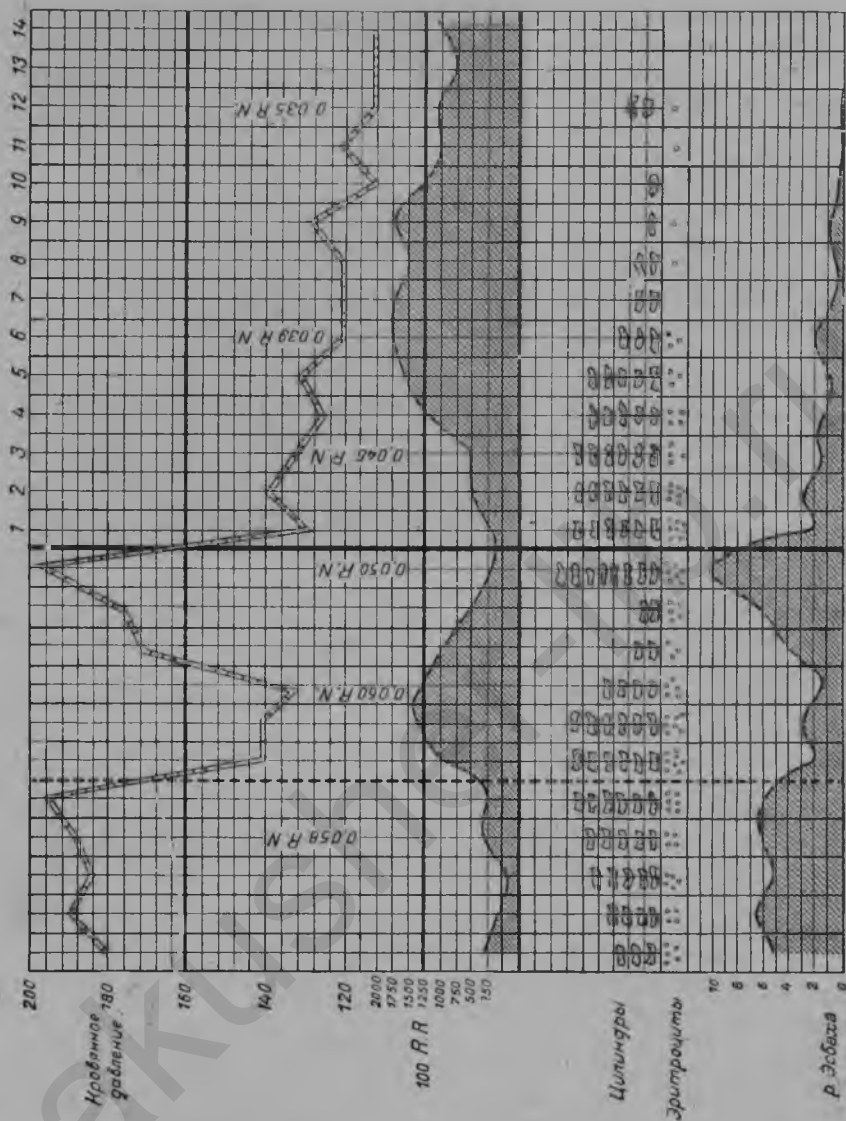
Нефроз беременных чаще всего встречается у первородящих. Рецидивы его наблюдаются при последующих беременностях лишь в 2% случаев, хотя зато наблюдались случаи, где рецидивы эти повторялись 8—10 раз у одной и той же женщины.

Картина болезни меняется сразу после родов или более медленно— в тех случаях, когда плод погибает в матке: после родов начинается усиленное выделение мочи, отеки рассасываются, количество белка и цилиндров в моче быстро падает, и через несколько недель они совершенно исчезают, кровяное давление также более или менее скоро приходит в норму.

П а т о л о г и ч е с к а я а н а т о м и я. В чистой форме нефроза беременных клубочки остаются нормальными и функционируют правильно; как показывает функциональная проба, заболевание гнездится главным образом в прямых канальцах (*tubuli recti*), где обнаруживается очень сильный дегенеративный процесс, воспалительные же явления отсутствуют. Встречаются бесспорно, как и следует ожидать, и смешанные формы, где поражаются и клубочки, а в прямых канальцах обнаруживаются явления воспаления; в таких случаях в осадке мочи находят большое количество эритроцитов. Именно эта форма обыкновенно переходит в хроническое заболевание почек. При нефрозе бере-



346. Нефропатия беременных с отеками преимущественно половых губ., которые отвисают в виде мешков (VIII месяц беременности).



347. Изменения кровяного давления и мочи при нефрозе беременных (по Хальбан-Зейтцу).

менных в плаценте часто встречаются белые инфаркты, а иногда дело доходит до столь опасного преждевременного отделения детского места.

Д и а г н о з. Для того чтобы рано распознать нефроз беременных и тем самым предупредить развитие эклампсии, рекомендуется исследовать на белок мочу, главным образом у первобеременных, каждые 2 недели в течение последних 1—2 месяцев¹, особенно же перед самыми

¹ Еще лучше по совету Баумгарта производить у каждой беременной исследование мочи на белок и измерение кровяного давления уже в первые месяцы беременности, во второй же половине ее производить такие исследования систематически, укорачивая промежутки между исследованиями по мере приближения беременности к концу. Такой метод принят в консультациях Союза.—В. Г.



348. Экламптика после припадка, в коматозном состоянии, с резиновым клином во рту во избежание прикусывания языка; опухшее лицо, в моче весьма много белка.

родами и во время их, а также обращать внимание на другие признаки нефроза.

Что касается важного вопроса о том, имеется ли в данном случае дело с истинным идиопатическим нефрозом беременных или же с острым или хроническим воспалением почек, не зависящим от беременности, то об этом будет сказано в главе о заболеваниях почек.

Профилактика и лечение. Для того чтобы избежать развития нефроза, важно регулировать питание беременных в последние 3 месяца в смысле уменьшения мясной и жирной пищи, а также ограничения потребления поваренной соли и жидкостей (см. Питание беременных).

Если нефроз уже развился, необходимо уложить больную в постель, затем согласно Фольхарду заставить ее совершенно воздерживаться от пищи и питья в течение 1—2 дней, после чего разрешить ей только немясную пищу, без соли, сильно ограничивая количество вводимых жидкостей. Если отеки уменьшаются плохо, можно назначить мочегонные средства. В большинстве случаев этими мерами удается удерживать нефропатию в таких рамках, что беременность может быть доведена до конца и роды часто проходят без осложнений. Если же при описанном режиме симптомы не улучшаются, количество белка после временно-го уменьшения снова увеличивается и кровяное давление снова повышается, появляются также описанные выше субъективные расстройства, следует прервать беременность, а если роды уже начались, возможно быстрее закончить их. В противном случае всегда существует опасность развития эклампсии. В подобных случаях иногда плод погибает, и тем самым уничтожается источник отравления беременной.

3. Эклампсия

Характерным симптомом этой болезни являются судороги, появлению которых часто предшествуют предвестники и признаки, уже перечисленные выше при описании нефроза беременных. Нередко однако первый припадок эклампсии происходит неожиданно—больные падают,



349. Больная, изображенная на рис. 348, через 8 дней после родов; вид совершенно изменился, в моче еще следы белка.

громким и хриплым, лицо синим, на языке видны укусы от зубов (рис. 348 и 349). Такие припадки, обычно продолжающиеся не более 1 минуты, повторяются через большие или меньшие промежутки времени; в одних случаях они бывают малочисленными, в других число их за сутки достигает 100 и более. В промежутках между припадками больная в легких случаях несколько приходит в себя, но чаще остается в бессознательном состоянии (экламптическая кома), секреторная деятельность почек у нее падает, количество мочи сильно уменьшается или же наступает полная анурия; за исключением редких случаев в моче всегда содержится белок, иногда в очень большом количестве, причем в большинстве случаев обнаруживаются также много зернистых цилиндров, отдельные эритроциты и красящие вещества крови в форме метгемоглобина, а в особенно тяжелых случаях появляется и желтуха. Температура в более поздних стадиях эклампсии сильно повышается—до 39° и более—вследствие судорог. Если больная выздоравливает, то секреция почек усиливается, коматозное состояние постепенно проходит, и сознание к больной возвращается, причем она обыкновенно ничего не помнит с момента первого припадка, а нередко не помнит ничего и о времени, ему предшествовавшем. Последствиями эклампсии нередко бывают психозы, по преимуществу с явлениями возбуждения, которые в большинстве случаев быстро проходят, но иногда держатся очень долго; развитию этих психозов благоприятствует многочисленность припадков. Особенно следует после эклампсии опасаться бронхопневмонии, которая иногда приводит к летальному исходу уже как будто спасенную больную.

Эклампсия может развиваться уже во время беременности, главным образом в последние месяцы ее, редко ранее V или VI месяца (эклампсия беременных); значительно чаще ее припадки начинаются перед самыми родами (родовая эклампсия), ибо родовые схватки несомненно благоприятствуют возникновению экламптических судорог, а последние в свою очередь способствуют схваткам. Однако эклампсия наблюдается иногда и в первые дни (приблизительно в течение недели) после родов (эклампсия родильниц). Особенно подвержены ей первородящие; кроме того эклампсия чаще встречается при родах двойнями, чем при одиночных. Повторная эклампсия наблюдается очень редко (приблизительно в 2%);

как пораженные молнией (отсюда и название «эклампсия» от греческого *ἐκλαμπεῖν* — блистать, сверкать), у них наступают тонические судороги. пальцы сжимаются вместе, зубы стискиваются, лицо становится синеватым, затем следуют бурные, быстро сменяющиеся клонические подергивания рук, ног, лица, особенно же мышц глаза и рта, дыхание приостанавливается, изо рта выступает пена, окраска лица делается темносиней, и человек неопытный ждет катастрофы; но внезапно появляется хриплое дыхание и вместе с ним прекращаются судороги. Больная лежит в глубокой коме, дыхание ее вследствие сильного выделения слюны становится

поэтому при наступлении новой беременности у перенесшей эклампсию женщины в общем нет основания опасаться ее повторения¹. Чаще (приблизительно в 8%) обострения имеют место при нефропатии беременных, причем особенно опасна в этом отношении острая форма последней. Иногда наблюдаются эпидемические вспышки эклампсии, правильного объяснения которым до сих пор не дано.

Наряду с типичной эклампсией, с характерными судорогами существует также атипичная ее форма, при которой отсутствует главный симптом—судороги («эклампсия без судорог»)².

В этих случаях имеют место другие различные жалобы и симптомы, присущие эклампсии, а именно сильная головная боль, мерцание в глазах, очень напряженный пульс, высокое кровяное давление, уменьшенное мочеотделение с большим количеством белка и цилиндров в моче, затем длительная и тяжелая потеря сознания; в некоторых случаях этого рода обнаруживаются и намеки на судороги в виде отдельных подергиваний мускулов лица и рук. В большинстве случаев дело здесь кончается выздоровлением и заболевание не признается даже за настоящую эклампсию, так как диагноз остается сомнительным за отсутствием секционных данных. Если же больная погибает, то вскрытие обнаруживает характерные для эклампсии изменения. С другой стороны, встречаются судороги у беременных и рожениц, которые сначала принимаются за эклампсию; при более детальном исследовании, а иногда только при вскрытии они распознаются как происходящие от совершенно других причин (псевдоэклампсия). Кроме эпилепсии судороги бывают при опухолях мозга, при менингите, при тяжелых отравлениях и при уремии.

П а т о л о г и ч е с к а я а н а т о м и я. Эклампсии свойственны патологоанатомические изменения, которые типичны для нее не в отдельности, но все в совокупности³. Наиболее характерные изменения наблюдаются в печени; на поверхности этого органа и в толще его обнаруживаются многочисленные мелкие или крупные кровоподтеки, иногда достигающие величины ладони, которые с первого взгляда кажутся подкапсулярными кровоизлияниями, но при внимательном исследовании оказываются геморрагическими некрозами, вызванными тромбозами ветвей воротной вены (рис. 350). По большей части при них бывают повреждены периферические клетки печеночных долек. Почти всегда на вскрытиях обнаруживаются изменения в почках, каковые изменения микроскопически характеризуются как дегенеративный процесс в секреторном эпителии в виде белкового помутнения, жирового перерождения и некрозов. В мозгу умерших от эклампсии часто находят точечные просовидные кровоизлияния и очаги размягчения. Сердечная мышца обнаруживает как правило более или менее обширные дегенеративные изменения. Перечисленные изменения могут быть отнесены отчасти за счет прямого влияния токсикоза, отчасти объясняются присущими эк-

¹ Некоторые авторы определяют однако процент повторных эклампсий значительно выше и склонны думать, что болевшие раз эклампсией женщины остаются предрасположенными к ней и впоследствии (Строганов).—В. Г.

² В последнее время появилось течение в пользу отказа от термина «эклампсия без судорог». Подобные случаи причисляются к проявлениям эклампсизма (И. Гаффер).—И. Ф.

³ Пожарийский подчеркивает несоответствие между степенью находимых при эклампсии патологоанатомических изменений и клиническими данными: патологоанатомические изменения при эклампсии по этому автору скорее обратно пропорциональны числу припадков и продолжительности болезни.—В. Г.

ламписии многочисленными тромбозами почти во всех органах, особенно в печени, почках и в легких. В последних при эклампсии регулярно обнаруживаются многочисленные эмболы, состоящие из плацентарных клеток; правда, это явление в умеренной степени наблюдается и при нормальной беременности.

От этих анатомических изменений, в общем типичных для эклампсии, могут быть многочисленные отклонения или в том отношении, что на первый план выступают изменения в печени, напоминающие острую атрофию последней (гепатогенная форма эклампсии), или же в анатомической картине особенно сильно выражены изменения в почках (сильные дегенеративные изменения эпителия почечных канальцев, закупорка цилиндрами из эритроцитов выводных путей), что клинически проявляется полным прекращением мочеотделения (нефрогенная форма эклампсии). В других случаях, главным образом при легкой форме заболевания, могут отсутствовать все явления со стороны печени и иногда почек, а существует только ненормально сильная возбудимость психомоторных и вегетативных центров (лабильная форма эклампсии по Зейтцу).

П а т о г е н е з. Для правильного понимания сущности эклампсии надо учитывать изменения в функциях органов, описанные в главе о физиологии беременности. Вследствие включения плаценты в систему эндокринных желез, поступления плодовых клеток в кровь матери и необходимости их немедленной переработки, вследствие усиленной реактивной деятельности вегетативной нервной системы и перестройки ретикуло-эндотелиальной системы, вследствие химических и физических изменений свойств крови и т. д. — уже при физиологических условиях у беременных имеют место отклонения в функциях и даже структуре важнейших органов — печени и почек, — а равно в обмене веществ; при токсикозах же беременности и в особенности при эклампсии уклонения эти достигают патологической степени. Мы видим тогда изменения в структуре плазмы и склонность к образованию тромбов в венах; мы часто наблюдаем в крови уже перед наступлением судорог, а особенно во время их повышенную концентрацию водородных ионов вместе с увеличением количества углекислоты, молочной кислоты, ацетоуксусной и оксималяной кислот, затем понижение гальванической возбудимости нервов и мышц, сдвиги в равновесии между ионами Са-К и Са-Р и т. д. При этом до сих пор остается невыясненным, в какой мере участвует в возникновении судорог каждое из этих изменений. Можно лишь сказать с уверенностью, что здесь дело идет о веществах, которые действуют особенно интенсивно на вазоконстрикторы, вызывая спазм сосудов. Вследствие первичного спазма мелких артериальных сосудов мозга в конце концов и развивается припадок эклампсии (Роснер, Фольхард, Цангемейстер, Хинзельман).

Существовавшие ранее взгляды, что эклампсия стоит в связи с инфекцией или тождественна с уремией и другими заболеваниями, в настоящее время должны быть отвергнуты¹.

Д и а г н о з. Распознать эклампсию легко по характерным судорогам. С первого взгляда судороги эти похожи на припадки эпилепсии, но при последней, хотя и не всегда, имеются в анамнезе указания на бывшие ранее припадки; кроме того при эпилепсии в моче отсутствует белок,

¹ В новейшее время некоторыми иностранными исследователями (Г. Кюстнер, Хейм и др.) выдвигается гипотеза о связи эклампсии с расстройствами внутренней секреции эндокринных желез, именно задней доли гипофиза и щитовидной железы. — В. Г.



350. Печень экламптики, пронизанная маленькими геморагическими некрозами вследствие образования тромбов.

который при эклампсии всегда имеется налицо. От смешивания эclamптических судорог с истерическими предохраняют такие признаки, как потеря сознания, особенно же исчезновение рефлексов (роговичного, конъюнктивального), которые всегда сохраняются при истерии, а также тяжесть общей картины заболевания. Дифференциальный диагноз становится трудным только при опухолях мозга, менингите, уремии, особенно если они сопровождаются общими судорогами (псевдоэклампсия).

Пр о г н о з. Предсказание при эклампсии серьезно, для отдельных же случаев его установить трудно, так как здесь постоянно возникают неожиданности как в благоприятном, так и в неблагоприятном смысле. Несомненно в отдельных местностях эклампсия протекает тяжелее и злокачественнее, чем в других, но и в одной и той же местности она по временам имеет разный характер. В общем можно сказать, что очень глубокая и длительная кома служит неблагоприятным признаком; случаи с желтухой почти всегда оканчиваются смертью; тяжелые и многочисленные припадки также ухудшают прогноз; все же на основании одного количества припадков нельзя строить выводов об исходе заболевания, так как некоторые больные выздоравливают и после более ста припадков, а некоторые погибают после одного или двух. Просветление сознания в промежутках между отдельными припадками дает определенно благоприятный прогноз. Главным же образом для последнего важно состояние почек, а именно очень скудное количество мочи или полная анурия служит признаком тяжелого заболевания. Смертность матерей при эклампсии в общем достигает 15—20%, а из детей погибает приблизительно половина; однако в отдельных клиниках благодаря современной терапии удается понизить смертность матерей от эклампсии до 10 и даже до 5%.

Л е ч е н и е. Профилактика эклампсии такова же, что и при нефрозах беременных, а также при эклампсизме, и заключается в указанных выше диететических и терапевтических мероприятиях.

Если припадки эклампсии уже наступили или можно опасаться их немедленного появления на основании отмеченных выше признаков (высокое кровяное давление, сильная головная боль, много белка в моче и пр.), то в общем является основным правилом—как можно скорее удалить из организма беременной плод, являющийся источником его отравления. Если имеется дело с беременной или с роженицей в самом начале родов, то лучшим способом опорожнения матки служит абдоминально-шеечное кесарское сечение. Операция эта имеет то большое преимущество, что совершенно устраняет потужную деятельность матки, каковая деятельность, как свидетельствует опыт, предрасполагает к судорогам вследствие торможения работы выделительных органов, усиления интоксикации, раздражения нервной системы, повышения кровяного давления и пр. Так как кесарское сечение может быть выполнено без большого риска для больной только в благоустроенном стационаре, то всякий случай эклампсии надо, если это возможно, направлять в стационар.

При развитии эклампсии еще во время беременности делалось много попыток ограничиться консервативными мероприятиями. Однако, так как в дальнейшем течении беременности часто снова появляются признаки отравления, правильнее будет и здесь производить хирургическое опорожнение матки еще до наступления родовых схваток.

Если роды настолько подвинулись вперед, что маточный зев совершенно открыт, надо закончить роды щипцами, чтобы избавить роженицу от опасностей периода изгнания.

В тех случаях, где врачу приходится иметь дело с эклампсией в глуши, можно посоветовать ускорять роды при недостаточном открытии зева путем введения метрейринтера¹, заканчивая их после полного раскрытия зева наложением щипцов.

Против чрезмерной возбудимости церебральных и вегетативных центров при эклампсии надо бороться при помощи медикаментов. К последним на основании обширного удачного опыта надо отнести морфий (по Фейти) и хлоралгидрат (по Винкелю). Строганов выработал вполне целесообразную схему дачи этих средств.

Сначала впрыскивают подкожно . . .	0,01—0,015	морфия
Через 1 час дают	1,5—2,0	хлоралгидрата в клизме с молоком
» 3 » »	0,015	морфия подкожно
» 7 » »	2,0	хлоралгидрата
» 13 » »	1,5—2,0	»
» 21 » »	2,0	»

В дальнейшем, если потребуется, даются еще небольшие дозы хлоралгидрата вплоть до прекращения экламптических припадков. Для запоминания промежутков между отдельными дозами надо помнить следующее отношение: 1 : 2 : 4 : 8. В новейшее время вместо хлоралгидрата усиленно рекомендуют люминал, который дается в клизмах по 0,1—0,2, а иногда также в форме инъекций в спинномозговой канал после извлечения некоторого количества спинномозговой жидкости. Противопоказанными при этом являются питуитрин и другие повышающие кровяное давление средства; напротив, применение зеленой чемерицы (*Veratrum viride*) при эклампсии рекомендуется вследствие вызываемого ею понижения кровяного давления.

Далее при эклампсии нужно охранять больных от всяких сильных психических раздражений, почему их помещают в слегка затемненную, спокойную, отдельную палату и тщательно избегают сильного шума и сотрясений. Всякое вмешательство, даже незначительное, как зашивание разрывов промежности, катетеризация и пр., производится только под легким хлороформным наркозом.

В качестве третьей весьма важной лечебной меры у экламптичек применяют к р о в о п у с к а н и е, не считаясь с тем, что больной при произвольных родах или при кесарском сечении было уже потеряно много крови (количество выпускаемой крови при этом равняется 800—1000 г, включая сюда предыдущую кровопотерю). Путем кровопускания удаляется из организма больной значительное количество ядовитых веществ, понижается кровяное давление, уменьшается кислотность крови и пр.

¹ С последним нельзя полностью согласиться. Мейтрейриз сам по себе способен возбудить припадки и потому противопоказан при эклампсии. Как показывают многочисленные наблюдения, течение родового акта при эклампсии бывает ускоренным [большая концентрация в крови, спинномозговой жидкости усиливающих сокращения матки продуктов задней доли гипофиза (Кюстнер, Ансельмино и др.)]. Врач помимо мейтрейриза располагает рядом средств—лечение по Строганову, кровопускание, пункция спинномозгового канала, вскрытие плодного пузыря при открытии на 2½—3 пальца, пользуясь которыми можно дожидаться при надлежащих условиях полного открытия, чтобы закончить роды щипцами.—И. Ф.

Особенно следует заботиться о предупреждении у экламптиков бронхопневмонии, часто приводящей к смерти больных, которые благополучно перенесли эклампсию. Поэтому больным, находящимся в бессознательном состоянии, никогда не надо вливать жидкости в рот, как это часто делается. При сильной саливации слюна возможно чаще удаляется изо рта марлевыми компрессами на корнцанге. Голова больной помещается низко и время от времени осторожно свешивается с кровати. Во избежание прикусывания языка зубами рекомендуется вводить между челюстями резиновый конус, деревянную или металлическую ложку, обернутую марлей (рис. 348). Если после прекращения припадков дыхание не становится правильным, то для лучшей вентиляции легких применяется искусственное дыхание. Если больная родильница быстро оживает от эклампсии и ее последствий, то не может быть никаких возражений против кормления ею ребенка грудью. Равным образом нет никаких оснований советовать ей воздержаться от последующих беременностей, если только явления со стороны почек совершенно исчезли.

В тех случаях эклампсии, где деятельность почек была сильно понижена или имела место полная анурия, неоднократно по предложению Эдебольса предпринималась декапсуляция почек—в некоторых случаях с успехом, а во многих—без всякого эффекта.

Литература

B a i s c h, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn., Bd. 15, 1913, т. II, S. 41.—
B u m m, Münch. med. Wochenschr., 1903, Nr. 21, S. 889, und Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 47.—D i e n s t, Archiv f. Gyn., Bd. 65, 1902; Bd. 90, 1910, S. 536; Bd. 96, 1912, S. 43.—D ü h r s s e n, Archiv f. Gyn., Bd. 43, 1893, S. 124.—E n g e l m a n n, Zentralbl. f. Gyn., 1916.—E s s e n - M ö l l e r, Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. 55, 1921, H. 2 u. 3.—O n ж е, Eklampsie, Halban-Seitz, Bd. VII, т. 1.—
F a h r i n Hinselmann's Eklampsie.—F e h l i n g, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn., Bd. 9, S. 1901.—R. F r e u n d, Archiv f. Gyn., Bd. 97, 1912, u. Bd. 107.—
H e y n e m a n n, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 24.—H i n s e l m a n n, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., 1921, u. Münch. med. Wochenschr., 1921, Nr. 34, S. 1080.—O n ж е, Eklampsie, Bonn, 1924.—H o f b a u e r, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 50.—
H o l z b a c h, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 77, 1915, S. 115.—v. J a s c h k e, Archiv f. Gyn., Bd. 114, II, 2.—v. L e y d e n, Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 2, 1880, S. 171.—L i c h t e n s t e i n, Archiv f. Gyn., Bd. 98, u. Bd. 106.—N e u, Nothnagels Handb. d. Pathol. u. Ther., Ergänzungsbd. 2, 1913.—S c h l a y e r, Deutsch. Archiv f. klin. Med., Bd. 102, 1911, S. 348, und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 38, 913, S. 27.—S c h m o r l, Pathol.-Anatom. Untersuchungen über die Puerperaleklampsie, Leipzig, 1893.—L. S e i t z in Halban-Seitz, Bd. VII, T. 1, u. Archiv f. Gyn., Bd. 137, 1929, S. 322, und Döderleins Handb. d. Geb., Bd. 2, 1924, S. 233, 2. Aufl.—V e i t, Die Verschleppung der Chorionzotten, Wiesbaden, 1905.—W e i c h a r d t, Deutsche med. Wochenschr., 1902, S. 624, u. 1906, S. 1854.—Z a n g e m e i s t e r, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn., Bd. 15, 1913, T. I, S. 157; Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 81; Zeitschr. f. Gyn., Bd. 79, S. 124; Zentralbl. f. Gyn., 1918, S. 153 (Eklampsie und Krieg), u. Deutsche med. Wochenschr., 1921, Nr. 20.—
Z i n s s e r, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 70, 1912, S. 201.—Z w e i f e l, Archiv f. Gyn., Bd. 72, 1904, S. 1; Bd. 76, 1905, S. 536; Bd. 97, S. 10, u. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 73, 1913, H. 1.

4. Дерматозы беременных

Подобно тому как это бывает при менструации, и при беременности, но только в еще большей степени, у некоторых женщин изменения крови и обмена веществ ведут к разнообразным изменениям кожи (см. Изменения при беременности) и ее заболе-



351. Erythema exudativum papillosum multifforme на ладонях и лодыжках у первобеременной (IX месяц). Высыпание эритемы сопровождалось лихорадкой.

он нередко сочетается с неукротимой рвотой и расстройством печени;

3) э к з е м а, появляющаяся по большей части в конце беременности и иногда захватывающая весьма большие участки кожи;

4) h e r p e s, встречающийся у беременных чаще всего, притом в любое время беременности и на разных местах; еще чаще herpes развивается, с лихорадкой или без нее, в послеродовом периоде, опять-таки в разных местах тела (рис. 354);

5) самым опасным из всех дерматозов является i m p e t i g o h e r p e t i f o r m i s,—заболевание, встречающееся почти исключительно у беременных и почти всегда оканчивающееся смертью, от которой спасти большую удастся только быстрым прерыванием беременности (рис. 355).

Для профилактики и лечения дерматозов беременных важное значение имеют урегулирование питания (бедная белками и жирами пища, ограниченное количество в ней соли, полное воздержание от острых пряностей и т. п.), а также забота о правильном опорожнении кишечника. При герпесе и зуде иногда оказывает действие комбинированное применение железа и кальция (Calcii carbonici praecipitati 10,0, Calcii phosphorici 5,0, Ferri lactici 2,0, принимать 1—3 раза в день на кончике ножа). Поразительно благоприятно действуют также при герпесе и зуде подкожные впрыскивания 10,0—20,0 сыворотки беременных (Линзер и Мейер); такой же успех дает лошадиная сыворотка (Фрейнд—20 см³, остерегаться анафилаксии), самым же безвредным средством является подкожное вливание до 200 см³ рингеровского или физиологического раствора.

Литература

A. Mayer u. Linser, Münch. med. Wochenschr., 1910, Nr. 52.—Rismana n, Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 24.—Novak in Halban-Seitz.—L. Seitz in Doderleins Handbuch, Bd. II, 1924.

5. Рвота беременных, неукротимая рвота, слюнотечение, отрыжка

В главе о физиологии беременности было уже отмечено, что органы центральной и периферической нервной системы, регулирующие процессы роста и питания обнаруживают отклонения в своей возбудимости.

Чаше в конце беременности наблюдаются следующие поражения, которые нередко у беременных приобретают особый отпечаток и в некоторых случаях повторяются при новой беременности:

1) э р и т е м а т о з н ы е и сходные с крапивницей сыпи, по большей части скоропроходящие, но иногда весьма упорные (рис. 351 и 352);

2) з у д, часто ограничивающийся вульвой, но иногда распространяющийся на все тело, причем



352. Подобная крапивнице экзантема на ногах и в ягодичной области во время родов у первородящей.

мости и функциях (ослабленный и усиленный аппетит, извращения вкуса и пр.).

Особенно часто и сильно затрагиваются у беременных те центральные и периферические органы, которые имеют дело с принятием пищи и ее переработкой.

У большинства беременных в первые 3—4 месяца рвотный центр и связанные с ним периферические нервы желудка находятся в состоянии сильного раздражения, сильной сенсibilизации. В этой стадии у 50—60% всех беременных обычно бывает **рвота** без всяких внешних причин.

Как правило рвота эта появляется по утрам, на тощий желудок, причем без больших тошнотных движений извергается жидкое содержимое желудка со слизью (утренняя рвота беременных).

В других случаях рвота повторяется изо дня в день не только по утрам, но также и в другое время, и тогда она известна под названием *emesis gravidarum*.

От этой безвредной формы рвоты существуют незаметные переходы к **неукротимой рвоте** (*hyperemesis gravidarum*), которая называется также злокачественной рвотой. В этом случае рвота у беременных происходит не только по утрам, но во всякое время суток, по 5—10 раз, независимо от того, пуст желудок или большая ела жидкую или твердую пищу. В результате беременная сильно теряет в весе, становится вялой, подавленной, чувствует сильную жажду, язык у нее делается обложенным, изо рта появляется более или менее сильный запах, пульс становится слабее и чаще, наблюдается субфебрильная температура, в моче часто обнаруживаются белок и отдельные цилиндры, а также на почве голодания много ацетона, ацетоуксусной и бета-оксимасляной кислот; в крови отмечается по большей части повышенное содержание билирубина (непрямая, а часто и прямая положительная проба по Гиманс ван-ден-Бергу), нередко склеры получают легкую желтушную окраску. При пробе на сахар (20,0 глюкозы) количество



353. Экзема кожи живота и бедер.

сахара в крови оказывается повышенным более продолжительное время, чем нормально. Зачастую неукротимая рвота комбинируется со слюнотечением (птиализмом) и другими гестозами. У больных наблюдаются также невралгии различных нервов и нервные расстройства. При надлежащем лечении эти грозные явления могут постепенно исчезнуть и может наступить полное выздоровление. В отдельных более редких случаях однако расстройства усиливаются, общее состояние больной все более ухудшается, появляются мозговые симптомы в виде возбуждения, сонливости и комы, и в конце концов наступает летальный исход.

Много говорилось относительно более легкой невротической и более тяжелой токсической стадий заболевания, однако повидимому здесь имеется дело лишь с различными последовательными фазами одной и той же вредности.

П а т о л о г и ч е с к а я а н а т о м и я. При летальных исходах неукротимой рвоты главные изменения находят в печени: печеночные дольки обнаруживают более или менее выраженную жировую инфильтрацию, особенно резкую в клетках, лежащих ближе к центру долек (токсическое перерождение печени по Хейрихсдорфу), в некоторых случаях изменения в печени тождественны с теми, какие имеют место при острой атрофии этого органа. Кроме печени дегенеративные изменения находят также в почках, а в нервах обнаруживаются воспалительные процессы.

Д и а г н о з неукротимой рвоты можно ставить только тогда, когда исключены все другие причины, вызывающие относительно легко рвоту: сюда относятся заболевания желудка и кишок, опухоли мозга, менингит, уремия; равным образом может вызывать рвоту и пиелит беременных, если моча при нем сильно застаивается в почечных лоханках; появление рвоты в конце беременности является наконец симптомом эклампсизма.



54. Herpes на коже руки у первобеременной.



355. Impetigo herpetiformis, очень тяжелый случай, окончившийся смертью.

Профилактика и лечение. Для предупреждения неукротимой рвоты врач должен обращать большое внимание на каждый случай более сильной рвоты у беременной. Беременной, имеющей склонность к рвоте, рекомендуется завтракать в постели; затем она должна подниматься с постели медленно, чтобы избежать анемии мозга; должна принимать частыми малыми дозами удобоваримую пищу, воздерживаясь от определенных блюд, особенно от мяса. Часто при рвоте у беременных оказывают хорошее действие небольшие количества соляной кислоты с кондуранго (*Condurango 30,0, Acidi muriatici diluti 3,0*; по 20 капель на стакан воды 2—3 раза в день после еды). Рекомендуются также беременным пребывание на свежем воздухе, умеренное движение, воздержание от всяких психически вредных влияний. Рекомендованные при рвоте беременных многочисленные лекарства по большей части мало действительны. Среди них можно указать на *Cocainum hydrochl.* по 0,03 г 3 раза в день¹, на подюю настойку (10 кап., воды 200,0, по столовой ложке 2—3 раза в день), хлороформ (полчайной ложки в воде 2—3 раза в день). Эти средства действуют чисто местно и непосредственно на нервы желудка.

Через кровь лучше всего действуют сыворотки, дающие здесь столь же хорошие результаты, как и при дерматозах. Хорошие услуги иногда оказывают здесь и продукты внутренней секреции, например овогландол подкожно (недостаток инкретов желтого тела).

Большую роль играет при лечении неукротимой рвоты правильно примененная психотерапия. Несомненно, что легко возбудимые и нервные женщины обнаруживают большую склонность к рвоте при беременности (Кальтенбах, Альфельд). Так как мы в состоянии оказать значительное влияние на органы вегетативной нервной системы через психику путем наставлений, уговаривания, иногда строгостью, то надо применять различное суггестивное лечение рвоты, смотря по обстоятельствам. Так например если в данном случае имеется подозрение на желание избавиться от беременности, то превосходно действуют сильная фарадизация и промывание желудка. Почти всегда благотворно влияет на рвоту удаление больной из домашней обстановки. В некоторых случаях кажущаяся неукротимой рвота прекращается после помещения беременной в клинику—не всегда вследствие только внушения; в клиническом учреждении возможно эффективно провести лечение действительно тяжелых случаев.

При таких наиболее тяжелых и просто тяжелых формах рвоты беременных лучше всего совершенно прекратить употребление всяких лекарств внутрь, а равно прекратить и принятие через рот пищи в течение 1—3 дней; против мучительной жажды таким больным назначают капельные клизмы, причем для успокоения больной можно присоединить к раствору поваренной соли 15 капель опийной настойки или 0,5 бромистого калия; при плохом пульсе—черный кофе или наперстянку; при ослаблении питания—виноградный сахар и немного алкоголя. Если вода плохо удерживается, вводится подкожно физиологический раствор. Если рвота от этих мер прекратится, переходят сначала к малым порциям холодного молока, после чего, если молоко переносится в тече-

¹ Груздев обыкновенно назначает при рвоте беременных кокаин вместе с мятной водой по прописи: *Cocaini hydr. 0,5, Aq. menthae 30,0. MDS. 15—20 кап.* 3—4 раза в день. Лекарство это следует принимать в самой холодной (ледяной) воде.—В. Г.

ние 1—2 дней, назначают кашцеобразную пищу и в конце концов твердую. При такой терапии почти во всех случаях удается излечить неукротимую рвоту. Если описанное лечение оказывается безуспешным, следует приступить к искусственному прерыванию беременности. При этом не всегда бывает легко уловить нужный момент для последнего, — с одной стороны, надо остерегаться ненужного прерывания, а с другой — позднее вмешательство может оказаться роковым для больной. В общем можно сказать, что если рвота несмотря на все принятые меры продолжается, вес больной упорно падает, пульс становится в течение продолжительного времени все чаще и слабее, в моче появляются белок и ненормальные продукты распада, обнаруживаются нервные боли, лихорадка и желтушная окраска кожи, — следует прервать беременность.

Слюнотечение (птиализм). Очень часто при беременности наблюдается повышенное, но остающееся еще в физиологических границах выделение слюны. Саливация становится чрезмерной, когда во рту постоянно скопляется большое количество слюны или если она непрерывно вытекает изо рта. Подобно неукротимой рвоте птиализм наступает чаще на II—IV месяцах беременности, довольно часто присоединяясь к неукротимой рвоте или предшествуя ей. Потеря очень большого количества слюны естественно вызывает известное ослабление организма, хотя при одном только птиализме вряд ли грозит опасность жизни больной; поэтому прерывание беременности никогда нельзя делать на основании только одного птиализма. Иначе обстоит дело, если слюнотечение присоединяется к неукротимой рвоте и если чрезмерное выделение слюны представляет сопутствующее явление при других тяжелых токсикозах беременности. С целью лечения при птиализме рекомендуется то же, что и при неукротимой рвоте, а также полоскание рта вяжущими растворами или водой с несколькими каплями *t-rae myrrhae*.

Отрыжка. Весьма тягостным симптомом при беременности является кислая отрыжка, которая в противоположность рвоте наступает по большей части в последние месяцы беременности. Хороший эффект при ней дает употребление смеси по равной части двууглекислой соды и жженой магнезии на кончике ножа. Эффект этот является, с одной стороны, симптоматическим, а с другой — вероятно и каузальным вследствие часто существующего при беременности компенсированного ацидоза.

Литература

B a i s c h, Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 11, S. 297.—D i r m o s e r, Vomitus gravid. perniciosus. Wien u. Leipzig, 1909.—H e i n r i c h s d o r f f, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 70, 1912, und Archiv f. Gyn., Bd. 49, 1913, S. 555.—K e h r e r, Die physiol. u. pathol. Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zum Tractus intestinalis. Berlin, 1905.—L i n d e m a n n, Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie, Bd. 3, 1892, Nr. 15.—S e i t z, Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 15, Schwangerschaftstoxikosen in Doderleins Handb. d. Geb., Bd. II, 2. Aufl.—S i e m e r l i n g, Zentralbl. f. Gyn., 1917, Nr. 26, S. 625.—W i n t e r, Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 48, S. 1500.

6. Печень, желтуха при беременности, острая желтая атрофия печени

Если вспомнить о том, что говорилось выше относительно изменений при беременности белкового, жирового и углеводного обмена, а также крови (напр. содержания в ней холестерина), если представить себе, что эти изменения по большей части связаны с деятельностью пече-

ни и что при физиологических условиях у беременных часто наблюдаются повышенное содержание в крови билирубина и умеренная жировая инфильтрация печени, то становится вполне понятным, что уже при нормальном течении беременности нередко обнаруживаются недостаточность и ослабление печеночных функций. В этом смысле можно говорить о «печени беременных» (*insuffisance hépatique* французских авторов).

Известно далее, что повышенная вегетативно-нервная возбудимость (ваготония), которая так часто отзывается на желудке в форме неукротимой рвоты, настолько нередко проявляется в больших или меньших желчных путях (Вестфаль), что почти у $\frac{1}{5}$ всех беременных констатируются типичные гадюшковые зоны (Эйфингер) вследствие повышенной возбудимости этих путей, и многими беременными ощущаются тянущие боли в правом подреберье.

Поэтому несколько не удивительно, что у предрасположенных к печеночным заболеваниям женщин усиление этих физиологических расстройств со стороны печени достигает патологических степеней. Сюда относится:

Идиопатическая токсическая желтуха беременных. Диагноз этого заболевания можно ставить, конечно лишь исключив катаральную желтуху, наличие желчных камней и пр. Характерной особенностью идиопатической желтухи беременных является, как и многих других токсикозов беременности, ее склонность к рецидивам,—в практике наблюдались возвраты ее при 5—6 последовательных беременностях. В большинстве случаев желтуха остается стационарно в одной стадии во все время беременности, хотя конечно нельзя совершенно исключить возможности перехода ее в конце концов в острую желтую атрофию печени.

Большинство детей при желтухе беременных рождается преждевременно или мертвыми. Иной терапии кроме общих диететических мер при ней не известно. Как симптом желтуха часто встречается при различных токсикозах беременности, а именно при неукротимой рвоте и эклампсии.

Очень опасным является развитие у беременных острой желтой атрофии печени. Болезнь эта иногда развивается совершенно неожиданно из кажущейся неопасной катаральной желтухи, причем желтушная окраска тогда внезапно становится очень резкой, общее состояние беременной, бывшее ранее хорошим, ухудшается, часто появляется рвота, развиваются мозговые явления в форме маниакального возбуждения и подергиваний отдельных мышц, печень явно уменьшается, в моче обнаруживаются лецитин и тирозин, и через несколько дней наступает смерть¹. Поэтому при беременности надо обращать внимание на всякую желтуху, держащуюся долгое время, раз ее этиология не выяснена. Относительно часто желтая атрофия печени развивается на почве тяжелой неукротимой рвоты. Поэтому как раз при ней надо следить за первыми явлениями и со стороны печени для того, чтобы своевременно прервать беременность. При уже развившейся атрофии искусственное прерывание беременности более не помогает.

¹ Некоторыми авторами наблюдались многочисленные заболевания острой желтой атрофии печени у беременных. Перетц (Свердловск) обнаружил в крови больных особую спирохету, которую и считает возбудителем этой болезни. Наблюдения его однако в общем не были подтверждены ни у нас ни за границей.—В. Г.

При появлении некоторых нервных болезней у беременных надо также думать о почти специфическом токсическом влиянии беременности. Сюда относятся особенно неврит беременных, тетания беременных и хорея беременных.

Литература

Heinrichsdorff, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 70, 1912, S. 620, und Archiv f. Gyn., Bd. 99, 1913, S. 555.—Hofbauer, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 61, 1907, S. 200; und Archiv f. Gyn., Bd. 93, 1911, S. 409.—E. Kehler, Archiv f. Gyn., Bd. 81, H. 1.—Rissmann, Zeitschr. f. Gyn., Bd. 65, 1910, H. 2.—Schickelle, Archiv f. Gyn., Bd. 92, 1910, S. 374.—L. Seitz in Halban-Seitz, Bd. VII, т. 1.

II. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ БЕРЕМЕННЫХ

Все инфекции, притом острые в большей степени, чем хронические, представляют при беременности большую опасность для плодного яйца. Они могут вызвать или преждевременное возбуждение родовых сокращений матки и на этой почве изгнание плода, или реже внутриутробную смерть последнего. Раньше преждевременное наступление схваток у беременных ставили в связь с повышением температуры, и этот фактор несомненно имеет некоторое значение, но гораздо важнее тут токсины бактерий, часто обладающие способностью вызывать схватки. Равным образом тяжелые расстройства в отпадающей оболочке и в хоральных ворсинках в виде некрозов и геморагий, наблюдаемых в целом ряде инфекционных болезней (холера, тифы, грипп), могут вести к преждевременному изгнанию плодного яйца вследствие его отслойки. Конечно такие изменения в отпадающей оболочке могут вызвать и смерть плода, хотя чаще последняя вызывается прямым действием бактерий или их токсинов. Не подлежит сомнению, что различные возбудители инфекции могут проникать через плацентарную стенку и могут внедряться в организм плода. Последнее всегда происходит напр. при острых инфекционных заболеваниях с сыпью, так наз. острых экзантемах.

1. Острые экзантемы

Еще не вполне выясненные возбудители этих болезней, как известно, обладают крайне незначительной величиной (фильтрирующийся и невидимый вирус) и постоянно циркулируют в крови (бактериемия), что обнаруживается распространением сыпи на все кожные покровы. Поэтому неудивительно, что микробы эти проникают также и в плацентарные синусы и почти всегда переходят в организм плода. Действительно при этих заболеваниях матери у плода при его рождении обнаруживается та же самая болезнь в различных стадиях.

а) **Корь.** У заболевших корью беременных осложнения наблюдаются чаще, чем у небеременных женщин, и смертность их несколько выше вследствие общего бронхита, дольчатой пневмонии и послеродовых септических процессов. По Эшу приблизительно в $\frac{1}{3}$ случаев кори, особенно в последнюю четверть беременности, происходит изгнание плода, большей частью в стадии высыпания, и иногда и ранее. Наблюдаемые в некоторых случаях кровоизлияния в губчатом слое отпадающей оболочки способствуют такому преждевременному изгнанию плода.

В момент родов приблизительно у $\frac{3}{4}$ детей обнаруживается сыпь, или они покрываются ею вскоре после рождения—доказательство в пользу того, что возбудители коревой инфекции почти всегда переходят к плоду; впрочем иногда ребенок остается здоровым несмотря на заболевание матери корью; в таких случаях в организм плода попадают только антитоксины, и происходит пассивная его иммунизация. Поэтому можно без всяких опасений прикладывать к груди детей, матери которых во время родов были больны корью в стадии высыпания или выздоровления, если даже у самих новорожденных не имеется никаких признаков кори. Прогноз кори для ребенка благоприятен, если только он не родился мало жизнеспособным. Несомненно, что дети лучше всего переносят эту инфекцию именно в периоде внутриутробной жизни. Поэтому в интересах как ребенка, так и матери врач при развитии кори у беременной должен стараться задержать наступление схваток при помощи опия или пантопона (по 10 капель 2—3 раза в день).

б) Скарлатина. Скарлатина у беременных наблюдается крайне редко—повидимому уже сама беременность создает известный иммунитет против этой болезни. В единичных случаях наблюдается, что дети скарлатинозных матерей рождаются с типичными признаками скарлатины. Гораздо чаще скарлатина встречается в послеродовом периоде, причем сыпь почти всегда появляется в первые 3—4 дня после родов. Во многих случаях послеродовая скарлатина отличается от обыкновенной некоторыми особенностями, а именно ангина при ней бывает выражена слабее и имеются изъязвления на половых частях. Высыпание обыкновенно начинается у родильниц на бедрах (а не на лее и груди, как обыкновенно) и отсюда распространяется на все тело. Локализация первой сыпи указывает на то, что при послеродовой скарлатине возбудитель инфекции проникает в организм женщины через родовые раны. Неоднократно думали также, что при этой форме имеется дело не с настоящей скарлатиной, а с сепсисом, протекающим со скарлатиноподобной сыпью. Действительно септическая экзантема иногда бывает очень похожа на скарлатинозную. Однако правильнее не сомневаться в возможности скарлатины, исходящей от половых путей,—доказательством этого служит последующее шелушение кожи. Смертность от послеродовой скарлатины достигает 9%. Новорожденные невосприимчивы к скарлатине и поэтому могут быть безопасно вскармливаться больными матерями или кормилицами. Если скарлатиной или корью заболевают более взрослые девочки, у них иногда происходит облитерация влагалища.

в) Оспа. При беременности наблюдаются преимущественно тяжелые формы сливной или геморрагической оспы. При последних больших эпидемиях в Гамбурге и Дрездене из заболевших беременных погибли от 35 до 50%, тогда как общая смертность была около 10%. В половине случаев наступало прерывание беременности. Неизвестный еще нам возбудитель оспы очень легко переходит на плод. Нам известны случаи, когда плод рождался, покрытый оспенными пустулами. В литературе также описаны случаи, где матери, не будучи сами инфицированы или будучи инфицированы только в слабой степени, передавали однако болезнь своим плодам. Равным образом неоднократно случалось, что плод переносил инфекцию в матке и рождался с оспенными рубцами. При геморрагической форме оспы во время родов легко происходит сильное кровотечение.

От бактериемий при острых экзантемах отличаются чисто местные

инфекционные болезни, при которых из крови матери в организм плода переходят только токсины (токсинемии).

2. Дифтерия

При опытах на животных переход дифтерийного токсина наблюдался бесспорно, и дети, родившиеся от матерей, перенесших дифтерию во время беременности, оказываются невосприимчивыми к этому заболеванию. Впрочем и вообще дифтерия у новорожденных протекает очень легко, большей частью проявляясь тяжелыми характерными осложнениями; только при осложнении грипом дифтерия становится более серьезным заболеванием. Прерывание беременности при дифтерии наблюдается только в тяжелых случаях. Дифтерия также неоднократно наблюдалась и в послеродовом периоде, причем иногда она переносилась на половые части и впоследствии вела к атрезии влагалища. Изменения женского полового канала, наблюдаемые при дифтерии, мало характерны и клинически часто не различаются от обыкновенных септических процессов. В таких случаях точный диагноз можно поставить только на основании бактериологического исследования. С терапевтической целью в подобных случаях надо впрыскивать сыворотку (2000—3000 единиц), а местно применять спринцевания с перекисью водорода и смазывания iodной настойкой.

3. Столбняк

При столбняке, который в отдельных случаях наблюдался у беременных, на плод также действуют только токсины. Чаще столбняк наблюдается в послеродовом периоде, особенно в тропических странах, где имеются более благоприятные условия для проникновения возбудителя этой болезни в родовые раны благодаря глиняным и земляным полам. Равным образом и в клиниках иногда встречаются отдельные небольшие эпидемии столбняка, напр. при различных перестройках.

Большинство остальных инфекционных болезней занимает в отношении перехода бактерий через плаценту среднее место между общими бактериемиями и чисто местными инфекциями. Плацента для этих микробов бывает непроницаема, и переход их происходит только тогда, когда циркулирующие в межворсинчатых пространствах микробы повреждают клеточный покров ворсин. Смотри по тяжести инфекции, при этом после местных изменений в отпадающей оболочке и ворсинках хориона происходит переход микробов в организм плода, либо его не бывает. Среди септических инфекций, напр. при общем сепсисе, зародыши оказываются и в крови плода, при местной же роже перехода стрептококков к плоду обычно не наблюдается.

4. Тиф¹

Бактериальные соотношения между матерью и плодом при тифе изучены наиболее основательно. Во всех случаях, где у плода производилась проба на агглютинацию по Грубер-Видалю, она оказывалась

¹ Здесь речь идет исключительно о брюшном тифе, но конечно у беременных могут наблюдаться и другие тифы—сыпной и возвратный, причем относительно первого из них русскими авторами установлено, что он очень нередко ведет к прерыванию беременности (особенно в первой ее половине по Львову); что касается второго, то некоторые акушеры наблюдали его передачу утробному плоду.—В. Г.

положительной. Во всех случаях агглютинины переходят к плоду через плаценту. Агглютинационная способность сыворотки плода однако всегда слабее, чем у матери, хотя и у новорожденного после родов она значительно усиливается. Напротив, только приблизительно в половине всех обследованных случаев и притом главным образом при длительных и тяжелых заболеваниях удалось констатировать переход к плоду и тифозных бацилл. Этот переход происходит частью через незначительные повреждения хориального эпителия, частью вследствие прямого «прорастания» их *per continuitatem*. Микробов можно обнаружить всегда только в крови и в различных органах плода, но никогда в его кишечнике; таким образом здесь никогда не имеет места кишечное заболевание, как это бывает во внеутробной жизни, а всегда тифозная бактериемия и сепсис, от которых и гибнет большая часть плодов. Приблизительно в $\frac{2}{3}$ всех случаев плод рождается при этом преждевременно живым или только как умершим. У беременных тиф встречается очень редко, так что даже думали об относительном иммунитете беременных к нему. Роды как правило протекают без осложнений, но в послеродовом периоде легко происходят сильные кровотечения. Смертность матерей выше, чем общая при тифе. Иногда, а именно в тех случаях, когда тиф проявляется в первые дни после родов, трудно дифференцировать его от послеродовой инфекции и милиарного туберкулеза. Ранний диагноз часто можно установить путем исследования крови на тифозные бациллы и применяя реакцию Грубер-Видаля. При эпидемиях тифа надо производить предохранительные прививки беременным и родильницам; они не оказывают вредного влияния на беременность и хорошо переносятся, но ребенка они не предохраняют от заболевания.

5. Холера

При холере имеют место такие обширные кровоизлияния в отпадающую оболочку (*endometritis decidualis haemorrhagica*), как ни при какой другой инфекционной болезни. Кровоизлияния эти более чем в 50% ведут к изгнанию плода. Сами бациллы холеры до сих пор в организме последнего найдены не были.

6. Инфлуэнца и грипп

Нет ничего удивительного, что при такой изменчивой и разнообразной картине болезни, какая бывает при инфлуэнце и при тождественном весьма вероятно с ней гриппе, влияние их на родовые процессы проявляется весьма различно. В эпидемию 1889—1890 гг. оно было иным и в частности несколько слабее, чем при последней тяжелой пандемии 1918—1919 гг., когда заболевали преимущественно и особенно тяжелыми формами гриппа молодые субъекты, т. е. следовательно многие беременные, роженицы и родильницы. Кроме общей легкости или тяжести картины заболевания здесь наблюдается еще важное отличие в зависимости от того, имеется ли дело с до сих пор еще не вполне выясненным специфическим возбудителем болезни или с вторичной инфекцией, пневмонией и плевритом, которые вызваны стрептококками, стафилококками или пневмококками. Далее для течения заболевания имеет значение период самой беременности: в первые месяцы ее в легких и неосложненных случаях выкидыш происходит редко, и даже в тех случаях, где он имеет место, он не ухудшает прогноза для матери. Напротив, в последние месяцы беременности, особенно незадолго перед родами эти забо-

левания как правило вызывают сильные схватки большей частью уже на первый или второй день лихорадки благодаря действию токсинов, а при осложнениях со стороны легких—и вследствие венозного характера крови. Эти схватки приводят иногда к стремительным родам, которые иногда бывают мало или почти безболезненными. Прогноз в этом периоде беременности весьма ухудшается—смертность при последней эпидемии гриппа в некоторых клиниках достигала 50% и более. Значительное отягчение болезни наступает вследствие легочных осложнений (пневмонии, плеврита), к которым бывают особенно предрасположены беременные в последние месяцы и рожицы вследствие физиологической конгестии, клеточной инфильтрации и разрыхления субэпителиальных тканей в носу, гортани и трахее, а также вследствие механического затруднения вентиляции легких. Если роды осложняются гриппозной пневмонией, то летальный исход почти неизбежен. Благоприятнее бывает прогноз, когда грипп начинается в послеродовом периоде. Поэтому при начале гриппа у беременных в последних месяцах нельзя применять никаких опытов, чтобы не затягивать бесполезно в большинстве случаев неизбежных родов. При гриппе у родильниц иногда представляет трудности дифференциальный диагноз между гриппом и послеродовой инфекцией, но затем массовый характер заболевания, явления со стороны легких, относительно редкий пульс при высокой температуре, а по Нюрнбергеру также и картина крови (при послеродовой инфекции увеличивается число лейкоцитов вообще и нейтрофилов в частности, при гриппе же, наоборот, наблюдается длительное снижение числа нейтрофилов и коррелятивное увеличение числа мононуклеаров) позволяют поставить точный диагноз. По некоторым сообщениям грипп повидимому вызывает повышенное предрасположение к пuerперальным воспалениям. Удивительно часто наблюдается у беременных **летаргический энцефалит**. В некоторых случаях удается улучшить или даже уничтожить проявления этой болезни при помощи искусственного прерывания беременности, в других последнее не дает никаких результатов.

Перехода вируса от матери к плоду при жизни в общем не происходит, однако описано 2 случая, в которых дети уже при рождении обнаруживали явления бронхита (подтвержденные вскрытием), которые едва ли могли произойти иначе, как через внутриутробный перенос. Нередко внутриутробный плод при гриппе у беременной погибает. Многие новорожденные у гриппозных женщин в первые дни кажутся очень сонливыми, апатичными и очень медленно прибывают в весе, хотя вряд ли страдают от самого заболевания более, чем другие новорожденные. Полученный уже после рождения грипп протекает у новорожденных в общем удивительно легко. У них обнаруживаются только легкие катаральные явления; поэтому отделять их от матерей излишне; также нет при гриппе у родильниц никаких противопоказаний к кормлению грудью матери за исключением особо тяжелых осложненных случаев. Лечение обычное. У гриппозных родильниц чаще наблюдаются более продолжительные кровянистые лохии и замедленное обратное развитие матки.

7. Малярия

При малярии, именно при *m. tertiana* et *m. quartana* и в последние месяцы беременности точно доказан переход плазмодиев к плоду. При неосложненной малярии выкидыш бывает редко, равно как и при хронической. Напротив, при острых тяжелых формах малярии очень часто происходит преждевременное прерывание

беременности¹. Больные хронической малярией редко беременеют. Их дети большей частью бывают меньшей величины и веса, чем другие новорожденные. Высказывалось мнение против назначения беременным хинина вследствие опасности вызвать прерывание беременности, но эти опасения не оправдались даже и при продолжительном лечении хинином. Искусственное прерывание беременности может иметь место только в интересах плода при сильной малярийной кахекии матерей в последние два месяца.

8. Пневмония

Крупозная пневмония не часто встречается у беременных. Она тем опаснее для матери, чем дальше зашла беременность. Если в первые месяцы беременность едва ли ухудшает прогноз крупозной пневмонии, то тем более отягчается он в последние месяцы и особенно во время родов: при последних смерть от крупозной пневмонии наступает очень легко вследствие затрудненного кровообращения в легких, ведущего к отеку их и недостаточности сердца. Само собой понятно, что на прогноз очень сильно влияет также вирулентность возбудителя болезни. Смертность при крупозной пневмонии беременных очень высока и колеблется между 20—40%. В поздние месяцы в $\frac{2}{3}$ всех случаев происходит прерывание беременности. Наблюдались единичные случаи, когда дети появлялись на свет пораженные пневмонией. Ввиду опасности, связанной с родами, задачи терапии сводятся к сохранению беременности, почему целесообразно здесь давать больным опиаты. Если уже не удастся избежать родов, то при полном открытии зева они оканчиваются наложением щипцов, в клинике же можно произвести родоразрешение при помощи передней гистеротомии. Равным образом опасной является и послеродовая пневмония, особенно развивающаяся немедленно после родов или в первые дни послеродового периода. Однако, если принимать в расчет лишь чистые формы крупозной пневмонии, исключая вторично возникающие аспирационную пневмонию и пневмонию после эклампсии, то прогноз послеродовой пневмонии окажется несомненно более благоприятным, чем во время родов. Особенностью пневмококка является то, что он легко распространяется по кровеносным путям и может вызывать в эндометрии метастатическую пневмококковую инфекцию с усиленными выделениями, чувствительностью матки к давлению и пр. (*endometritis puerperalis pneumococcica*).

Бронхопневмония при беременности с обширной инфильтрацией легких может быть так же опасна, как и крупозная пневмония. Напротив, простой бронхит или легкую форму бронхопневмонии нельзя считать опасными. Благодаря сильному кашлю в отдельных случаях может произойти прерывание беременности, почему кашель у беременных стараются ослабить при помощи кодеина.

9. Септические заболевания

При всех местных септических заболеваниях у беременных и родильниц надо обращать особенное внимание на то, чтобы возбудители

¹ Многие тут зависят от того, в каком состоянии находится беременная матка: если беременность имеет место в инфантильной или пораженной воспалительным процессом матке, то и неосложненная, а также хроническая малярия может легко повести к прерыванию беременности. То же следует сказать и относительно влияния хинина на беременность.—В. Г.

инфекции не попали в половые части. Поэтому во время родов избегают всякого прикосновения к половым органам и защищают вульву антисептическими компрессами.

При роже в отдельных случаях наблюдалось, что у ребенка обнаруживались признаки внутриутробной инфекции в виде шелушения кожи. Однако при чисто местном заболевании дело может идти только о последующих явлениях токсических влияний. Рожистые стрептококки не были ни разу найдены у плода, и само собой разумеется, что они могут вызвать у последнего не рожу, но сепсис и абсцесы в его органах (Оттов). Поэтому беременность в большинстве случаев рожы сохраняется. Иначе обстоит дело, если какой-либо местный процесс, например рожа, флегмона, фурункулез и пр., поведет к общему сепсису— в этих случаях можно бывает установить переход микробов к плоду, и здесь почти как правило наступает преждевременное прерывание беременности.

Вследствие своей частоты и большой опасности переносов большое практическое значение имеет **фоликулярная ангина**. Только наиболее тяжелые флегмонозные ангины приводят к прерыванию беременности, обычные же формы этой болезни едва ли отзываются на беременности. За время родов опасность распространения микробов на родовые раны бывает очень велика, поэтому здесь нужна бывает крайняя осторожность (повязки на лицо!). В последнее время стали обращать больше внимания на гематогенную или метастатическую форму переноса ангины на гениталии благодаря большому ее практическому значению. Из свежей тяжелой ангины с лихорадкой или из абсцеса миндалин, являющегося последствием более или менее длительной латентной ангины, стрептококки заносятся в кровяной ток, оседают в плаценте и приводят к общему септическому заболеванию, которое часто нельзя клинически отличить от настоящей родильной горячки. Этот вид инфекции имеет большое значение в судебных случаях, и потому при вскрытии больных, погибших от послеродовой инфекции, никогда не надо забывать о точном обследовании миндалин.

Острый суставной ревматизм играет при беременности только ограниченную роль. В отдельных случаях наблюдалась внутриутробная передача заболевания плоду, но гораздо важнее все ползучие формы суставного ревматизма, при которых воспаление локализуется главным образом на сердечных клапанах в форме рецидивирующего эндокардита. Некоторые авторы полагают, что беременность способствует развитию или обострению этого последнего. Во всяком случае он представляет опасное осложнение беременности или послеродового периода. При этом заболевании отмечается более или менее повышенная температура; больные часто погибают при явлениях прогрессирующего эндокардита и недостаточности сердца или общих септических явлениях. Поэтому надо очень осторожно ставить прогноз при старых пороках сердца, когда беременность вызывает свежий эндокардит.

Литература

E b e r t h, Fortschr. d. Med.,* Bd. 7, 1889, S. 161 (Грип).—E s c h, Zentralbl. f. Gyn., 1919, Nr. 9, S. 161 (Грип) und Zentralbl. f. Gyn., 1918, Nr. 6 u. 7 (Корь).—H o f e r, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 44, S. 1604 (Encephalitis lethargica).—K a r b a u m, Zentralbl. f. Gyn., 1919, Nr. 17 (Грип и дифтерия).—N ü r n b e r g e r, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 48, H. 4, S. 233 (Грип), und Münch. med. Wochen-

shcr., 1919, Nr. 11, S. 291 (Дифференциальная диагностика гриппа).—O t t o w, Zentralbl. f. Gyn., 1919, Nr. 1, S. 7 (Грипп) und Zentralbl. f. Gyn., 1919, Nr. 12, S. 220 (Поппа).—v. R o s t h o r n, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn. u. Geb., Bd. 8, 1899, S. 421 (Tetanus).—S e i t z, Doderleins Handb. d. Geburtsh., Bd. 2, 1924.—T s c h i r c h, Archiv f. Gyn., Bd. 105, H. 3 (Тиф).

10. Туберкулез

В прежнее время полагали, что туберкулез никогда не передается плоду через плаценту. Новейшие гистологические и бактериологические исследования показали, что не только в тяжелых случаях, но и при более легких заболеваниях матери тщательное обследование плаценты нередко обнаруживает в ней туберкулезные изменения. Неоднократно наблюдались также точно проверенные случаи, в которых немедленно после родов находили и в самом организме ребенка, особенно в забрюшинных железах, туберкулезные изменения. Обычно путь инфекции здесь таков, что туберкулезный процесс сначала локализуется в decidua basalis и в межворсинчатых пространствах, а затем отсюда переходит в стromу и в сосуды благодаря разрушению эпителия ворсинок. Если таким образом возможность внутриутробного переноса туберкулезного вируса не подлежит сомнению, то все же эта форма уступает внеутробной инфекции. Опасность заражения ребенка от своей матери (капельная инфекция) весьма велика.

Туберкулез влияет вредно на беременность и другим путем, а именно он нередко вызывает выкидыш или дети рождаются при нем настолько преждевременно, что не в состоянии выдержать условий внеутробной жизни. Вычислено, что из детей туберкулезных матерей, включая сюда родившихся преждевременно и погибших от случайных заболеваний, остаются в живых через 1 год только 30—40%, а через 20 лет—лишь 15%. Отсюда видно, насколько опасен для детей туберкулез.

Но и для туберкулезных матерей беременность также представляет опасность, впрочем не для тех женщин, которые когда-то, много лет назад, перенесли туберкулез и у которых процесс был совершенно излечен. В подобных случаях врач с чистой совестью может разрешить женщине зачатие, так как обострения процесса почти никогда не происходит. В общем неопасен также и туберкулез, находящийся в латентной стадии, когда лишь в незначительном проценте случаев получается ухудшение. Поэтому здесь искусственное прерывание беременности в качестве лечебной меры требуется только в исключительных случаях.

Иначе обстоит дело при открытой бугорчатке. Здесь надо различать две формы болезни, а именно: 1) с самого начала беременности обнаруживающую прогрессирующее течение и 2) не прогрессирующую при беременности. При прогрессирующей форме не может быть никаких сомнений относительно терапии, а именно—чем раньше здесь будет прервана беременность, тем лучше, ибо при прерывании беременности в первые месяцы лучше всего удастся добиться ослабления процесса. Однако и в более поздние месяцы прерывание беременности является не вполне безнадежным. Только в тех случаях, когда больная находится в последних месяцах беременности, в III стадии по Турбан-Герхардту, повидимому показано выжидание, так как при этом мать все равно погибает, ребенок же может иногда быть спасен. Гораздо труднее решить вопрос при явной форме без ясной склонности процесса к прогрессированию. Опыт учит, что у значительного числа таких больных беременность ухуд-

шает их состояние, особенно же значительная опасность грозит им в послеродовом периоде. Поэтому в отдельных случаях даже при надлежащем лечении невозможно бывает сразу с уверенностью предсказать течение туберкулезного процесса у беременной и сначала надо держать больную продолжительное время под наблюдением, лучше всего в клинике или в санатории. Именно в новейшее время из санаториев идут настолько благоприятные сообщения, что мы рекомендуем всем больным попытаться провести санаторное лечение. Только тогда, когда наблюдение в течение нескольких недель покажет, что туберкулез у беременной действительно прогрессирует, надо прервать беременность¹. Точное распознавание прогрессирования туберкулезного процесса однако не всегда бывает легко, и во многих случаях приходится руководствоваться более клиническим опытом, чем точными научными данными. Если у больных по вечерам наступают познобливание и легкие повышения температуры, если у них появляются сильные поты и кашель, начинают прослушиваться хрипы в пораженных участках, в мокроте обнаруживаются палочки и вес тела больных остается на одном уровне или падает, тогда процесс надо считать прогрессирующим, и беременность должна быть прервана. Показанием к искусственному прерыванию ее всегда служит также кровохаркание. У таких больных показана также стерилизация, в непрогрессирующих же случаях эта операция должна применяться очень осторожно, ибо неизвестно, улучшится ли процесс в дальнейшем. Равным образом и при установке показаний к прерыванию беременности требуются большая осторожность и знания, почему врач никогда не должен забывать о приглашении на совещание второго опытного товарища.

Кормление грудью туберкулезной женщине в общем запрещается, причем это запрещение обыкновенно распространяется и на тех женщин, у которых раньше было туберкулезное заболевание легких. Если однако процесс совершенно излечен и родильница постоянно находится под врачебным наблюдением, то по новейшим данным можно не быть слишком боязливым с кормлением.

Из различных форм туберкулеза особенно неблагоприятной является бугорчатка гортани. При ней в первые месяцы беременности следует прервать последнюю, а в последние месяцы, при безнадежном состоянии больной, надо выжидать срочного окончания ее в надежде спасти хотя бы ребенка. Несколько благоприятнее прогноз при ограниченных формах туберкулеза гортани.

По сравнению с легочным и горловым туберкулезом бугорчатка других органов играет ограниченную роль. Правда, неособенно обширный опыт показал, что на волчанку, туберкулез суставов костей и почек беременность оказывает большей частью неблагоприятное влияние. Беременность несколько не суживает показаний к нефрэктомии—женщины с одной почкой несколько не страдают от родов и последующих беременностей, если оставленная почка здорова.

¹ Одно время Бумм и затем некоторые другие немецкие авторы рекомендовали при туберкулезе у беременных прибегать к экстирпации беременной матки вместе с придатками, т. е. не только прерывать беременность, но и кастрировать женщину. Однако точные экспериментальные исследования Лейбчина в последнее время установили, что кастрация вовсе не оказывает, как то думал Бумм, благоприятного влияния на течение легочного туберкулеза, а скорее наоборот—устойчивость организма против туберкулеза после нее понижается.—В. Г.

Литература

K e h r e r, Münch. med. Wochenschr., 1921, Nr. 37.—N o v a k, in Halban-Sitzb., Bd. V.—P a n k o w u. K ü p f e r l e, Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose, Leipzig, Thieme, 1911.—V e i t, Verhandlungen d. Deutsch. Gessellsch. f. Gyn., Bd. 14, 1911, S. 86.—S c h w e i z e r, Münch. med. Wochenschr., 1922, Nr. 7, S. 223.

11. Гонорея

При гонорее следует различать заболевание, полученное до беременности, и инфекцию, приобретенную уже во время ее. Если гоноройная инфекция женщины ограничивается маточной шейкой и мочеиспускательным каналом, то после прекращения острых явлений у женщины может наступить зачатие. Если однако гонорея проникла уже за пределы внутреннего зева матки и осела в теле ее, то зачатие становится значительно труднее, и во многих случаях получается длительное бесплодие вследствие хронической гонореи тела матки; впрочем, как показал Бумм, наряду с больными участками эндометрия существуют и вполне здоровые, почему нередко в этих случаях наступает зачатие. Вследствие давления со стороны растущего яйца гонококки и при беременности постепенно исчезают из внутренности матки, и в плаценте после родов напрасно отыскивают под микроскопом возбудителей трипера. Нередко гоноройное поражение тела матки является причиной выкидыша. О таком же заболевании надо думать и при привычных выкидышах. Часто также видят, что увеличение матки во время беременности сопровождается сильными болями, сокращениями этого органа, болями в крестце и другими расстройствами, связанными от воспаления маточной мускулатуры или серозного покрова матки.

Если гонорея перешла на трубы, то не всегда получается бесплодие—нередко и здесь процесс оканчивается полным выздоровлением или же по крайней мере настолько подвергается обратному развитию, что зачатие становится возможным. Впрочем в этих случаях в значительной степени повышается предрасположение к вне-маточной беременности. Если трубы с обеих сторон бывают окружены сращениями или превратились в пиясальпинксы, тогда конечно за исключением отдельных описанных в литературе случаев возможность беременности исключается.

Происшедшее уже при наличии беременности заражение гонореей всегда ограничивается нижним отделом мочеполового канала: маточной шейкой, рукавом, вульвой и уретрой. Яйцевые оболочки препятствуют дальнейшему проникновению микробов. Симптомы гонореи при этом сходны с таковыми же у небеременных женщин, но более выражены—бели вследствие гиперемии и разрыхления тканей бывают гораздо сильнее, на слизистой рукава вследствие набухания сосочков часто бывают видны небольшие возвышения, и она принимает зернистый вид (*colpitis granularis*), на ней чаще встречаются кроме того острые кондиломы, нередко занимающие большое пространство и образующие опухоли в виде виноградных гроздей величиной с кулак, каких никогда не наблюдается у небеременных (рис. 35б).

Лечение гонореи при беременности такое же, как у небеременных. В острой стадии больным назначаются возможный покой, нераздражающая пища, содержание в чистоте наружных половых органов и лучше всего воздержание от всяких местных мероприятий, в подострой и хронической стадиях—антисептические спринцевания (*Zinci chlorati*, Aq. destill. aa 100,01 стол. ложка на литр; *Cuprum sulf.* 50,0 на кончике ножа на 1 литр воды), затем вливания 1—2% раствора ляписа через зеркало Трелла в рукав и протирание зондом Плейфера, введение шариков с ихтиолом или тигенолом (*Thigenoli* 0,5; *Butyri casea* 1,5; *M. f. glob. vag.*). Смазываний цервикального канала из-за опасности повредить плодные оболочки надо избегать. Удаление больших кондилом несколько не опасно, оно производится лучше всего термокаутером или острой ложкой после замораживания хлорэтилом.



356. Большой пакет остроконечных кондилом у беременной в последних месяцах.

Роды бывают иногда очень болезненны, особенно при остром воспалении. Для ребенка существует опасность гонорройной инфекции глаз при прохождении головки, почему в этих случаях особенно не надо забывать о промывании глазок новорожденного стерильной водой и о впуске в конъюнктивальные мешки по 1 капле раствора азотнокислого серебра.

После изгнания плода создается широкое сообщение между нижним отрезком полового канала, содержащим много гонококков, и маточной полостью, до этого времени выстланной плодными оболочками. По каналу, служащему для стока лохий, несомненно происходит распространение гонококков в полость тела матки. Уже на 3-й день вся эта полость как правило инфицируется и кишит гонококками. Из матки истекают обильные гнойные выделения (*endometritis gonorrhoeica acuta puerperalis*). Несмотря на эти тяжелые местные изменения всякие жалобы у больных кроме жалобы на выделения и легкие тянущие боли отсутствуют, не бывает и повышенной температуры, что зависит от возможности свободного оттока выделений. Если гонорея ограничивается телом матки, то полость последней очищается, выделения уменьшаются, и через 3—5 недель гонорея становится латентной или совершенно излечивается. Проявления становятся более бурными, если инфекция распространится в каналы труб и через их абдоминальные отверстия перейдет на брюшину малого таза, что бывает обычно в конце первой и в середине второй недели после родов. Тогда у больной появляются жгучие или колющие боли в животе, перитонитические явления в форме метеоризма и задержки газов, бывшая до этого времени нормальной температура постепенно или внезапно поднимается до 38,5—39° и выше, живот делается напряженным, наружное и бимануальное исследование становится очень болезненными.

Картина при этом во всем походит на общий острый перитонит, и в первый момент иногда очень трудно с точностью исключить септическое пuerперальное воспаление брюшины. Лишь дальнейшее наблюдение за больной вносит ясность в распознавание: обычно при гонорее дело редко доходит до общего перитонита, а инфекционный процесс ограничивается брюшиной малого таза и соседними областями. Очень бурные вначале припадки большей частью уже на второй день стихают, живот становится мягче и остается чувствительным к давлению только в самом нижнем отделе. Равным образом лихорадка постепенно в течение нескольких дней исчезает более или менее совершенно. Кроме того для дифференциального диагноза важно, что септическое воспаление брюшины почти всегда наступает уже в первые дни после родов, а гонорея, напротив, переходит на брюшину большей частью в конце первой или на второй неделе после родов. В сомнительных случаях точный диагноз может быть установлен путем бактериологического исследования маточного секрета¹: если в нем находят гонококков, часто в чистой культуре, то дело идет о гонорейном процессе, при котором можно ожидать в скором времени локализации воспаления в брюшине малого таза; если, напротив, в маточном отделяемом находят стрептококков, то надо сделать вывод о септическом перитоните с очень плохим прогнозом. Отличительное распознавание аппендицита ставится в общем без особых затруднений на основании разбора анамнеза и места первого возникновения болей. Явления, наблюдающиеся при проникновении гонококков в брюшину через трубы, не всегда однако бывают такими бурными — довольно часто воспаление локализуется в трубах и брюшина вовлекается в воспалительный процесс очень мало и лишь местно. В таких случаях расстройства бывают гораздо слабее, живот является лишь слегка болезненным при давлении, температура держится на умеренных цифрах, обнаруживая колебания и ремиссии, похожие на таковые же при пиелитических процессах. При бимануальном исследовании удается выяснить, что справа или слева от матки имеются сильные утолщения труб в форме длинных, колбасовидных болезненных уплотнений; иногда при этом прощупывается также небольшой экссудат в заднем дугласе. Нередко течение заболевания бывает еще более ползучим, и лишь через несколько недель развивается увеличение маточных придатков, которое протекает иногда при удивительно малых субъективных жалобах. Особенно часто проникновение гонококков в трубы происходит во время первой после родов менструации.

При наличии гонорей в послеродовом периоде надо стараться при помощи спорыньи обеспечить возможно лучшую обратную инволюцию матки. Родильница должна возможно дольше, лучше всего в течение 4—5 недель, оставаться в постели, местного лечения в первые 10—14 дней лучше не применять совершенно, позднее же можно делать антисептические спринцевания под умеренным давлением. Если микробы проникли в трубы при явлениях лихорадки и развился гонорейный сальпингит, то надо держать на животе большой пузырь со льдом до тех пор, пока не исчезнут боли и температура не станет нормальной. Тогда нужно позаботиться при помощи резорбирующего лечения теплом о более быстром рассасывании воспалительного экссудата. Если последний

¹ При поражении гонореей труб и брюшины ценные услуги для диагностики оказывает реакция Борде-Жангу с гонококковым антигеном.—И. Ф.



357. Широкие кондиломы у беременной

образуется в более значительных размерах в заднем дугласе, то его надо вскрыть через влагалище, лучше всего при помощи термокаутера, после чего ввести дренаж. Если далее брюшинный экссудат распространяется в брюшной полости выше, доходя почти до пупка, и если через влагалище нельзя достигнуть достаточного опорожнения и оттока его, то ввиду опасности разлитого перитонита надо сделать разрез живота, смотря по локализации экссудата, или по средней линии или справа либо слева параллельно дупартовой связке. Независимо от того, в какой форме и при каких расстройствах произошло попадание гонококков через трубы в брюшину, в большинстве случаев происходит закупорка труб, и в конечном итоге почти всегда получается бесплодие, или происходят значительные структурные изменения труб, predisposing к внематочной беременности. Лишь в немногих случаях дело доходит до полного и стойкого излечения трубной гонореи.

Литература

M e n g e, Gonorrhoe des Weibes. Handb. d. Geschlechtskrankh., Wien, Holder, 1910.—W a g n e r in Halban-Seitz, Bd. V.

12. Сифилис

Уже со времени первого появления сифилиса в Европе, в середине XV века, стали известны его перенос на плод и его губительное влияние на последний. Но в первое время не знали, каким образом происходит этот перенос, и спорили о том, передается ли заражение от отца через зародышевые клетки (герминативно) или через мать (материнская инфекция), или оно присходит впервые уже после зачатия (послезачаточное заражение) от матери через плацентарную перегородку. Новейшие серологические исследования при помощи реакции Вассермана и микроскопическое обнаружение спирохет при их проникновении через плаценту показали, что существует только один вид заражения, а именно перенос от матери к плоду через плаценту (послезачаточная плацентарная инфекция).

Уже ранее (Фурнье) думали, что и мать и ребенок как правило вместе бывают или становятся зараженными сифилисом. Но допускали 2 исключения:

1) мать инфицируется сифилисом при зачатии; сперма однако здорова, яйцо также; вследствие этого ребенок остается здоровым, герс. иммунным (закон Профета);

2) мать заражается от мужа, давно уже болеющего сифилисом, сперма инфицирует яйцо, но мать избегает контактной инфекции и остается здоровой, герс. иммунной (закон Коллеса); в обоих случаях плацента функционирует как непроницаемый фильтр. Оба закона признаются в настоящее время неверными.

Всякая женщина, родившая сифилитического ребенка, сама инфицирована сифилисом и потому подлежит лечению. Можно считать общим законом, что плод тем более поражается спирохетами чем свежее заражение у матери. Из этого закона составляют исключение только случаи совершенно свежего заражения матери в конце беременности, — если это заражение происходит впервые за 6 недель, иногда даже за 10—20 недель до родов, то оно не вызывает заражения плода. За это время спирохеты, распространяясь по организму матери, не успевают еще перейти через плацентарную перегородку.

При более ранней, но все же свежей инфекции для сифилиса характерно то, что при нем на V—VIII месяцах беременности происходит



358. Умерший во время родов и отчасти мацерированный сифилитический плод на IX месяце с общей сифилитической экзантемой, сильным асцитом и весьма большой, губчатой плацентой.

общее наводнение организма плода спирохетами, плод погибает, но заражается еще в матке в течение 2—4 недель и только потом изгоняется мацерированным. Около 80% всех мацерированных плодов являются погибшими от сифилиса (рис. 358). Если инфекция менее сильна, то плод донашивается до срока или почти до срока. Однако дети обычно обнаруживают при этом после рождения ясные признаки сифилиса: наличность распространенных сифилидов, насморк, *emphigus palmaris plantaris*, своеобразное (барабаноподобное) вздутие живота вследствие увеличения печени или асцита. Такие дети почти всегда погибают, причем вскрытие обнаруживает у них сифилитический остеохондрит (Вегнер), являющийся самым частым и верным анатомическим признаком сифилиса: в норме прямая и белая граница между эпифизом и диафизом бедренной кости оказывается при этом расширенной, желтоватой, волнистой или зубчатой; часто находят также при вскрытии межлечечный и гумозный гепатит и пневмонию. Спирохеты обнаруживают в наибольшем количестве в надпочечниках, где их встречаются иногда несчетные массы, далее—в пузырьках пемфигуса и в печени, в меньших количествах в других органах. Во многих случаях плацента оказывается очень тяжелой и объемистой, имеет бледнокрасную окраску, ее дольки представляются разделенными и утолщенными, при микроскопическом исследовании обнаруживается сильное набухание соединительной ткани и синцитиального покрова ворсин, а главное—наблюдается

облитерирующий эндартериит в сосудах ворсин. Что касается диагноза сифилиса у живого ребенка, то он изложен в главе о патологии новорожденного.

Если сифилитический вирус еще более ослаблен, то ребенок может родиться как будто совершенно здоровым и доношенным. Однако у большинства таких детей рано или поздно развиваются специфические для сифилиса изменения, или же сифилис проявляется в том, что ребенок родится слабым и вялым и затем отстает от своих сверстников в физическом и умственном развитии («поздний наследственный сифилис»).

Прежде неоднократно ставили в связь с сифилисом быкидыш в перге 4 месяца. Теперь исследования с помощью реакции Вассермана доказали, что сифилис играет ограниченную роль в этиологии ранних быкидышей. Разным образом связь между привычными быкидышами и сифилисом установлена приблизительно лишь в 20% всех случаев. Не влияет сифилис и на возникновение большинства уродств плода, как например гидроцефалии, анэнцефалии.

Д и а г н о з. Распознавание сифилиса у беременных имеет особенно важное значение. Диагноз легок, если имеются налицо известные клинические явления—кондиломы (рис. 357), сифилиды, лейкодермия и пр. Однако у большинства инфицированных женщин мы не находим никаких клинических проявлений. В большинстве случаев сами женщины не подозревают о приобретенной и существующей у них инфекции, так как первичное поражение часто весьма мало и незаметно, нередко скрывается в глубине полового канала и потому легко просматривается: равным образом легко просматриваются и вторичные явления. В таких латентных случаях диагноз заболевания можно поставить на основании реакции Вассермана или подобных ей (реакции Мейнике, Закса-Георги).

Для того чтобы не просмотреть сифилиса у беременных, в большинстве крупных акушерских клиник принято при их поступлении исследовать кровь из вены, а у каждой роженицы—из ретроплацентарной гематомы. Реакция крови из гематомы не так надежна, как реакция венозной крови, но достаточна для общей ориентировки.

Если реакция ретроплацентарной крови или венозной оказывается положительной, то как правило имеется дело с наличием инфекции. Однако приблизительно у 5% всех беременных в последние месяцы, рожениц и родильниц в первые дни вассермановская проба бывает положительной без наличия сифилиса и вызывается только изменениями в сыворотке, свойственными беременности. Поэтому в таких случаях рекомендуется повторить исследование еще раз на 40-й день, причем пользоваться только кровью из вены. Если повторная реакция будет положительной, то тогда несомненно, что у больной сифилис¹.

Л е ч е н и е. Беременную сифилитичку особенно важно лечить даже тогда, когда уже она проделала планомерное лечение до наступления беременности, так как известно, что предшествующее лечение при беременности, которая способствует повторным обострениям и дальнейшему распространению сифилитической инфекции, оказывается недостаточным для того, чтобы воспрепятствовать заражению ребенка. Только в 7—22% всех случаев дети рождаются здоровыми; если во время беременности проводилось антисифилитическое лечение, число здоровых детей возрастает до 78—93% (Нюрнбергер), при особенно же интенсивной

¹ Еще лучше исследовать кровь беременных (особенно первобеременных) на реакцию Вассермана и др. при посещении ею консультации в первой половине беременности.—И. Ф.

терапии иногда доходит до 100%. Особенно важно проводить лечение на IV—V месяцах беременности, так как в это время происходит прокиновение спирохет через плаценту, а также во всю вторую половину беременности, кроме последнего месяца. Даже при старом сифилисе, где реакция Вассермана стала уже отрицательной, рекомендуется снова возобновить лечение при беременности.

Курс лечения проводится одним салъварсаном или лучше в комбинации с ртутью или висмутом. Беременные несомненно чувствительны к салъварсану, поэтому лечение им начинают осторожно с малых доз (0,15 неосалъварсана), тщательно контролируя состояние больных по наступившей реакции (знобы, вялость, рвота, головные боли, головокружения). Если это лекарство переносится хорошо, то впрыскивают по 0,3 еженедельно до 16—17 раз. В тех случаях, где внутривенные вливания переносятся плохо, можно попробовать межмышечное впрыскивание миосалъварсана (по 0,3, начиная с 0,15) или введение спироцида внутрь (таблетки по 0,25 через день, по 2 лепешки в день на тощий желудок, за полчаса до завтрака, в общем 60 штук—15,0 спироцида). При комбинированном лечении лучше применять бисмогенол (биохинол) по 1,0—1,5 в ягодицы 3 раза в неделю. Ртуть дается в форме втираний или впрыскивается в форме нерастворимой ртутной соли. Если больная уклоняется от планомерного лечения, врач должен настоять на этом согласно закону о борьбе с половыми болезнями.

При правильном проведении противосифилитического лечения кроме благоприятного влияния на плод избегают легких повышений температуры, задержанной инволюции матки, зловонных выделений, часто встречающихся в послеродовом периоде, а также повидимому повышенной склонности к образованию тромбозов.

Относительно лечения сифилитических новорожденных см. главу о патологии новорожденных. Сифилитический ребенок может без вреда быть вскармливает своей матерью, но отнюдь не здоровой кормилицей ввиду опасности ее заражения. С другой стороны, надо самым энергичным образом запретить, чтобы с виду здоровая женщина была кормилицей, пока уже совершенно не будет исключен сифилис на основании отрицательной реакции Вассермана.

Литература

В a i s c h, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn., Bd. 13, 1909, u. Münch. med. Wochenschr., 1909, Nr. 38, u. 1911, Nr. 5.—В o a s u. G a m m e l t o f t, Archiv f. Gyn., Bd. 128, 1926, S. 526.—К r a u l u. В o d n a r, Archiv f. Gyn., Bd. 128, 1926, S. 238.—К l a f t e n, Archiv f. Gyn., Bd. 134, S. 88, u. Bd. 135, 1929, S. 620.—M a t z e n a u e r in Halban-Seitz, Bd. V.—E r w i n M e y e r, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 77, S. 20.—N ü r n b e r g e r, Zentralbl. f. Gyn., 1926, S. 705.—P a n k o w, Archiv f. Gyn., Bd. 120, 1923.—S e i t z, Doderleins Handb. f. Geb., Bd. 2, 1916, S. 240.—W e b e r, Habilitationsschrift, Berlin, Karger, 1911.

III. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА, СОСУДОВ И КРОВИ

1. Заболевание сердца

Ввиду частоты случайных шумов в сердце при беременности (приблизительно в 20%) диагноз порока сердца беременных можно ставить только тогда, когда можно констатировать помимо громких шумов еще увеличение границ сердца, смещение верхушечного толчка и другие характерные признаки поражения клапанов. При точных обследованиях среди всех беременных и рожениц обнаруживается приблизительно 1—2% страдающих пороками сердца. Прежде порок сердца при бере-

менности считался крайне неблагоприятным фактором, и для смертности давались цифры в 50—60%. Однако если учитывать все пороки, даже легкие и компенсированные, то смертность окажется гораздо ниже—она равняется приблизительно 2—5%. Такая относительно незначительная опасность пороков сердца при беременности объясняется тем, что сердце успевает в течение 9 месяцев¹ приспособиться к повышенной работе во время родов благодаря умеренному увеличению своей массы. Поэтому при постановке прогноза надо исходить не столько из вида порока сердца (только митральный стеноз при беременности дает плохое предсказание), сколько из состояния сердечной мышцы. Крепкая, молодая сердечная мышца, гипертрофируясь, выдерживает без вреда предъявляемые к ней во время беременности повышенные требования; напротив, если имеется миокардит или заболевания венечных артерий, сердце легко сдает. Этим объясняется также и тот факт, что беременные более зрелого возраста и с большим числом родов в анамнезе погибают чаще, чем более молодые и реже рожавшие женщины. Иногда кажется, что дело идет о специфическом для беременности неблагоприятном влиянии на сердце. Иногда при тяжелых токсикозах беременных, особенно при эклампсии, наблюдается паренхиматозное перерождение сердца.

При оценке значения пороков сердца большое значение имеют далее осложнения. Из них прежде всего надо опасаться повторного эндокардита, жертвой которого являются многие родильницы и обострение которого повидимому иногда вызывается беременностью. Очень серьезным для прогноза являются также осложнения порока сердца воспалением почек, сопровождающимся высоким кровяным давлением (хронический нефрит и сморщенная почка, менее опасна почка беременных). Равным образом все моменты, связанные с затрудненным кровообращением в малом кругу, старые перикардитические сращения, кифосколиотические искривления позвоночника в грудной части, часто сопровождающиеся изменениями миокарда,—все эти моменты скорее приводят к ослаблению сердца.

Пока у беременной отсутствует расстройство сердечной компенсации, врач должен держаться при всяком пороке сердца выжидательно. Если же появляются признаки такого расстройства, пытаются бороться с ним при помощи покоя и лечения наперстянкой, причем, если это вполне удастся, следует выжидать дальше, если же удастся только частично или совсем не удастся, если отеки остаются, появляются расстройства в малом кругу и существует в умеренной степени отек легкого даже по утрам, если имеются признаки более серьезного поражения миокарда, то прерывание беременности становится необходимым. Только в тех случаях, когда беременность дошла до последнего месяца и состояние матери совершенно безнадежно, можно выжидать срочных родов для спасения ребенка.

Особенно серьезно надо оценивать митральный стеноз—здесь может сразу наступить сердечная слабость и понадобится прерывание беременности, прежде чем появятся другие расстройства компенсации. Во всех случаях пороков сердца беременных укрепляют против опасности при родах лечением наперстянкой, заботятся во время самых родов о быстром

¹ Новейшие (1934 г.) работы Шмидта, произведенные ацетиленовым методом Грольмана, заставляют думать, что более значительная нагрузка сердца начинается уже с первых месяцев беременности.—В. Г.

прекращении атонических кровотечений, которые наступают при декомпенсированных пороках легче, чем без них, а непосредственно после рождения ребенка накладывают на низ живота бинт и кладут мешок с песком (по Ольсхаузену) для того, чтобы предотвратить переполнение кровью больших сосудов живота и избежать опасности колапса вследствие работы пустого сердца. Для кормления грудью противопоказаний при этом обычно не бывает.

На малое сердце с недоразвитой сосудистой системой (*status hypoplasticus*) беременность в общем влияет благоприятно—в большинстве случаев при ней происходят гипертрофия сердца и умеренное расширение сосудов; напротив, для таких субъектов, слабых и с ненормально малым количеством крови, могут оказаться опасными даже небольшие кровотечения в послеродовом периоде. В некоторых случаях этого рода летальный исход имеет место уже при относительно умеренной кровопотере. В совершенно исключительных случаях может наступить разрыв аорты вследствие повышения кровяного давления во время родов. Это осложнение чаще наблюдается при преждевременном сильно выраженном артериосклерозе и особенно при сифилитической аневризме аорты.

Литература

v. J a s c h k e, Archiv f. Gyn., Bd. 92, 1910, S. 466, und Nothnagels Spez. Pathol. u. Ther., Suppl., Bd. 1, 1912.—F r o m m e, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn., 1913, Bd. 15. T. I.—S e i t z, Döderleins Handb. f. Ged., Bd. 2, 1916, S. 283. H. F r e u n d, Gynäk. Streitfragen. Stuttgart, Enke, 1913.—T r a u g o t t u. K a u t z k y, Zentralbl. f. Gyn., 1916, Nr. 37, S. 745.

2. Заболевания вен, образование варикозных расширений, тромбозы

О часто встречающихся при беременности расширениях вен нижних конечностей и вульвы уже говорилось раньше (рис. 74 и 75). Стенки этих варикозных расширений часто бывают сильно истончены и иногда уже при легкой травме, при сильном натуживании, при испражнении или во время родов лопаются, и получается сильное кровотечение, иногда даже смертельное. Поэтому у беременных с варикозными расширениями вен рекомендуется обращать внимание на эту опасность и научить больных в случае неожиданного лопания расширений самим наложить давящую повязку на вены. При расширениях вен у пожилых и многородящих кожа вследствие длительного застоя иногда принимает склеротически отечный характер или дело доходит до появления трудно излечиваемых язв на голенях. Во избежание таких осложнений рекомендуется беременным с расширенными венами принимать профилактические меры, а именно бинтовать ноги перед вставанием эластическим бинтом или носить резиновые чулки, а также по возможности избегать длительного стояния. В послеродовом периоде им полезно по возможности дольше—лучше всего 3—4 недели—лежать в постели, бинтовать ноги, помещать их выше туловища и делать активные и пассивные движения.

Наблюдающиеся у беременных замедление тока крови, повреждение сосудистых стенок, химико-физические изменения крови (сдвиг картины белка в сторону большей его дисперсности вместе с значительным увеличением содержания фибриногена, более быстрая свертываемость крови, ускоренное оседание эритроцитов, увеличение числа кровяных пластинок) несомненно создают у них и еще более у родильниц

повышенное предрасположение к тромбозам. В поверхностно лежащих расширенных венах ног, где это явление можно наблюдать лучше всего, у них появляются тянущие боли, чувствительные к давлению, припухлости и уплотнения венозных стенок с покраснением покрывающей их кожи или без такового. Эти изменения совершенно проходят в течение нескольких дней или становятся все больше, венозные расширения делают тверже и плотнее и в конце концов превращаются в узловые затвердения (флеболиты). Заболевание это развивается часто совершенно асептически, т. е. без всякого участия микробов (асептический тромбоз). Если же имеется дело с септическим, инфицированным тромбозом, происходящим вследствие занесения в вены болезнетворных зародышей, то течение заболевания бывает по большей части более острым, уплотнения делаются болезненными, соседние ткани краснеют, появляются лихорадка или признаки общего заражения. Если клинические явления при этом выражены не очень резко, а именно если нет лихорадки, то не всегда легко с точностью решить, имеется ли дело с асептическим тромбозом или с настоящим бактериальным тромбофлебитом. В каждом случае такого рода необходим строжайший постельный режим с возвышенным и мобилизованным положением ноги, следует делать присницевские обертывания с 70% алкоголем или уксуснокислым глиноземом до тех пор, пока не исчезнут совершенно болезненность и уплотнение или пока тромбы не сделаются твердыми и плотно не срастутся с венозной стенкой. Эмболии частями тромбов из поверхностных вен в области *v. saphenae* бывают реже и при соблюдении вышеописанных мер почти всегда могут быть избегнуты. Иначе обстоит дело с глубокими венами—в маточных венах, подчревных, семенных и в крупных бедренных венах большие или меньшие тромбозы могут развиваться совершенно незаметно, без всяких клинических симптомов, указывающих на процесс в сосудах. Поскольку тромбы еще не прикреплены прочно к стенкам сосудов, они могут отрываться током крови, попадать в легочные артерии и в зависимости от величины оторвавшихся кусочков вызывать ограниченный инфаркт легкого или по большей части смертельную эмболию при закупорке крупной артерии. Последнее осложнение к счастью встречается редко—приблизительно только в 1 случае на 3—5 тысяч родов. Иногда на опасность в этих случаях указывают или постепенное ускорение пульса (лестницеобразный пульс, признак Малера) или учащение его. Относительно профилактики и лечения в подобных случаях см. в главе о патологии послеродового периода.

3. Заболевания крови

Хлороз. В настоящее время приобретает все больше сторонников мнение Нордена и Моравица, что хлороз является внутрисекреторным заболеванием, что он происходит прежде всего на почве функциональных аномалий яичников. Поэтому вместе с ним мы часто видим расстройство менструации, преимущественно в виде олигоменореи, но также и в виде обильных и болезненных регул, затем недоразвитие половых частей и недостаточность полового чувства у женщины. Поэтому же у хлоротичек беременность наступает очень редко, а именно большей частью тогда, когда хлороз находится в стадии улучшения. Однако высказанное еще старыми авторами мнение, что замужество и беременность могут излечить хлороз, требует некоторой поправки в том смысле, что резкие изменения в организме беременной последовательно влияют на функции яичников и других эндокринных желез и стимулируют кровятворные органы. Расстройству, связанные с беременностью, у хлоротичек выражаются часто более сильно, чем у здоровых женщин.

Злокачественная анемия, будучи сама по себе редким заболеванием, поразительно часто встречается при беременности, и поэтому как раньше, так и в последнее время возникла (Негели) на основании точных исследований крови мысль о каузальной связи ее с беременностью: вследствие влияния токсических продуктов беременности в организме происходят так же, как и при наличии некоторых паразитов (*Botriocephalus*, *Ankylostoma*), тяжелые расстройства продукции крови, получившие название пернициозноподобной анемии беременных (Эш) в отличие от всегда смертельной типичной пернициозной анемии Бирмера.

Первые симптомы этого заболевания, проявляющиеся во время беременности большей частью в виде бледности, усталости, сонливости и мелких отеков, обычно принимаются за физиологические расстройства, свойственные беременным. В резких случаях картина болезни отчетливо выясняется уже во время беременности, причем часто наступает преждевременное прерывание последней, большей частью незадолго до срочных родов. Самые роды как правило протекают легко и быстро, и в послеродовом периоде их теряется лишь небольшое количество водянистой крови. Несмотря на это дурные признаки усиливаются, часто тотчас после родов состояние больных ухудшается, и они погибают через несколько дней или недель при прогрессирующем обеднении крови эритроцитами. Результаты искусственного прерывания беременности бывают здесь мало утешительны, хотя это зависит повидимому от того, что прерывание производится большей частью в далеко зашедших и поэтому безнадежных стадиях болезни. Оттого надо усиленно подчеркивать необходимость исследования картины крови в каждом случае необычно сильной анемии у беременной, чтобы при падении числа эритроцитов и появлении форм перерождения, особенно мегалобластов, поставить диагноз пернициозной анемии и прервать беременность ввиду безуспешности всякой другой терапии. В послеродовом периоде следует попытаться бороться с болезнью при помощи внутримышечных вливаний человеческой крови (дефибринированной или свежей), впрыскиваний тария и применения препаратов печени. В случаях излечения пернициозноподобной анемии беременных до сих пор не наблюдалось ее возвратов, каковые обычно наступают при бирмеровской анемии.

Во время беременности происходит усиленный распад эритроцитов; освобождающееся при этом железо обнаруживается в хоральных ворсинках в форме гемосидерина и служит материалом для образования крови плода. Появление юных форм и полиморфизм (пойкилоцитоз, микро- и макроцитоз) у некоторых беременных указывают на более сильную нагрузку и на интенсивную регенеративную деятельность кроветворных органов. Причину пернициозноподобной анемии беременных и видят, с одной стороны, в слишком сильном распаде эритроцитов, а с другой— в пониженной регенеративной способности кроветворного аппарата.

Очень опасной при беременности является франковская тромбопения, которая иногда повидимому стоит в связи со свойственными беременности изменениями. Напротив, лейкемия не стоит ни в какой прямой связи с беременностью и является только случайным ее осложнением. Вследствие увеличения селезенки и ограничения емкости живота при ней нередко происходит преждевременное изгнание плода; роды и послеродовой период протекают как правило без осложнений, лечение лейкемии у беременных обычно, но надо остерегаться больших доз рентгеновских лучей, чтобы не повредить плоду. При известных формах этой болезни может возникнуть вопрос о прерывании беременности, но последнее большей частью оказывается мало действительным.

Гемофилия обычно наблюдается гораздо реже у женщин, чем у мужчин, а некоторые авторы даже совершенно отрицают возможность ее у женщин; однако существуют несомненные указания на развитие гемо-

филии у женщин, даже беременных. Во время беременности при этой болезни легко происходят кровоизлияния в отпадающую оболочку с последующим изгнанием плода. Особенно опасны здесь бывают кровотечения во время родов и послеродового периода—даже относительно небольшие и незаметные ранения вызывают у гемофиличек сильные и с трудом останавливаемые кровотечения.

Литература

В е с к м а н н, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 56, 1921, S. 119 (пернициозная анемия).—В а u e r e i s e n, Zentralbl. f. Gyn., Nr. 33, S. 1180 (пернициозная анемия). Esch, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 79, S. 1, und Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 10 (пернициозная анемия).—N. W. F r e u n d, v. Winkels Handb. d. Geb., Bd. 2, T. I, S. 585 (лейкемия).—K e h r e r, Archiv f. Gyn., Bd. 10, S. 201 (гемофилия).—L i e v e n, Zentralbl. f. Gyn., 1919, Nr. 22, S. 428 (гемофилия).—M o r a w i t z, Münch. med. Wechenschr., 1910, Nr. 27, S. 1427 (хлороз).—N a e g e l i, Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. 3. Aufl. Berlin u. Leipzig, 1919.—H. O. N e u m a n n (лейкемия), Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 94.—v. N o o r d e n, Bleichsucht. Wien, Hölder, 1897.—N o v a k in Halb-Scitz, Bd. V.—P a y e r, Nothnagel, Spez. Pathol. u. Ther., Erg., Bd., Erkrankungen des weiblichen Genitale in Beziehung zur inneren Medizin., Bd. 1, S. 402. Wien u. Leipzig, 1912.—S t u m p f, Archiv f. Gyn., Bd. 34, S. 89 (гемофилия).‡

IV. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

Кроме нефропатии, о которой говорилось выше, в главе об интоксикациях, при беременности конечно может возникнуть и **острый нефрит**, напр. после ангины или другого инфекционного заболевания. В зависимости от тяжести воспалительного процесса в почках может произойти и прерывание беременности. Чаще всего у беременных острый нефрит появляется вследствие попыток вызвать аборт при помощи ядовитых веществ, как-то: фосфора, мышьяка, ртути, сабины, шпанских мушек и других медикаментов. Здесь прогноз для матери и плода естественно зависит от тяжести общего отравления.

Очень серьезные осложнения беременности представляют **хронический нефрит** и **сморщенная почка**. Если мы желаем диагностировать хронический нефрит у беременных, то при частоте идиопатической нефропатии беременных надо путем тщательного наблюдения и точного анализа установить, что уже до наступления беременности имелось дело с хроническим воспалением почек, или же предшествовавший хронический нефрит распознается по имеющемуся у больной расширению сердца, акценту на втором тоне аорты, значительному повышению кровяного давления, общей бледности и пр. Количество остаточных азотистых веществ в крови бывает повышено, при пробе Фольхарда обнаруживается повышенная концентрация мочи. При хроническом нефрите у беременных уже в первые месяцы беременности постоянно наступают такие расстройства, как выделение белка, отеки, тогда как при нефропатии эти явления развиваются в более позднем периоде. При учете этих главных пунктов точный дифференциальный диагноз всегда бывает легок, но при неясной картине болезни он иногда представляет большие затруднения. Процесс в почках хотя и не всегда, но в большинстве случаев ухудшается вследствие беременности: количество белка в моче, отеки, головные боли усиливаются, очень часто дело доходит до расстройств зрения в виде мерцаний и тумана в глазах, а нередко дело доходит и до альбуминуридного ретинита, который иногда осложняется отслойкой сетчатки.

Неоднократно при этой болезни наблюдались также апоплексии мозга. В особенно тяжелых случаях наступает летальный исход при явлениях уремической комы. Плод также при этом постоянно сильно страдает, происходит преждевременное изгнание его или его смерть (50—80%), которая помимо общих токсических веществ вызывается также белыми инфарктами плаценты. Инфаркты эти бывают здесь более обширными, чем при всех других заболеваниях, и естественно сильно суживают респираторную и питательную поверхность детского места. Нередко плод и плацента рождаются с признаками общей водянки. При хроническом нефрите очень серьезным осложнением является далее часто наблюдающееся преждевременное отделение плаценты с тяжелым, нередко смертельным, ретроплацентарным кровотечением (Винтер). В противоположность нефропатии беременных при данной болезни дело поразительно редко доходит до припадков эклампсии, но зато больные гораздо чаще погибают от уремической комы. Ввиду тяжелых осложнений нефрита у беременных вполне понятно, что врач высказывается у страдающих им женщин против зачатия, а у молодых девушек дает согласие на брак только неохотно и лишь не в слишком тяжелых случаях. Так как у большинства беременных с этой болезнью не удается довести беременность до рождения жизнеспособного ребенка или удержать ее до срока, то при всех заболеваниях, где длительное наблюдение указывает на прогрессирующее ухудшение, вполне законно прервать беременность. В этом отношении особенно опасна бывает комбинация сморщенной почки с пороком сердца, тогда как у молодых женщин с крепким и легко приспособляющимся сердцем можно выжидать дальше. Вследствие повышенного предрасположения нефритичек к септической инфекции вызывание искусственных родов у них должно быть производимо особенно асептично. Схватки вызываются у нефритичек легко—часто для этого достаточно только прорвать плодный пузырь. |

Литература

Schlager, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 38, juli 1913, und Deutsches Archiv f. klin. Med., Bd. 102, 1911, S. 348.—Vohard, Die hämatogenen Nierenerkrankungen. Handb. d. inn. Med.—Winter, Zeitschr. f. Gyn., Bd. 11, 1885, S. 398.—Zagemeister, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn., Bd. 15, 1913, S. 188.

V. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И КИШОК

1. Холецистит (застой желчи) и желчнокаменная болезнь

Давно известно, что у женщин гораздо чаще (приблизительно в 5 раз), чем у мужчин, имеют место заболевания желчных путей. Эта бросающаяся в глаза склонность к подобным заболеваниям зависит у женщин вместе с другими причинами также от изменений во время детородного периода, так как цифрами доказано, что из женщин, страдающих камнями желчного пузыря, $\frac{2}{3}$ рожали и что очень часто первый припадок болезни происходит вскоре после родов или выкидыша (реже во время беременности). Причину этих частых заболеваний желчного пузыря у женщин надо искать в 3 главных моментах: 1) в механических препятствиях для выделения желчи вследствие измененного положения печени при беременности и ослабления ее связочного аппарата и брюшной стенки в послеродовом периоде; 2) в изменениях хи-

мических соотношений между кровью и желчью, а именно при беременности в крови усиливается содержание холестерина, а в послеродовом периоде увеличивается поступление холестерина из крови в желчь; 3) в повышенной раздражимости ветвей блуждающего нерва в желчных протоках во время беременности.

Лечение заболеваний желчного пузыря у беременных обычное. При тяжелых желчных коликах с повышением температуры иногда становится необходимым хирургическое вмешательство даже во время беременности.

Относительно желтухи и острой желтой атрофии печени уже говорилось выше, в главе о токсикозах беременности.

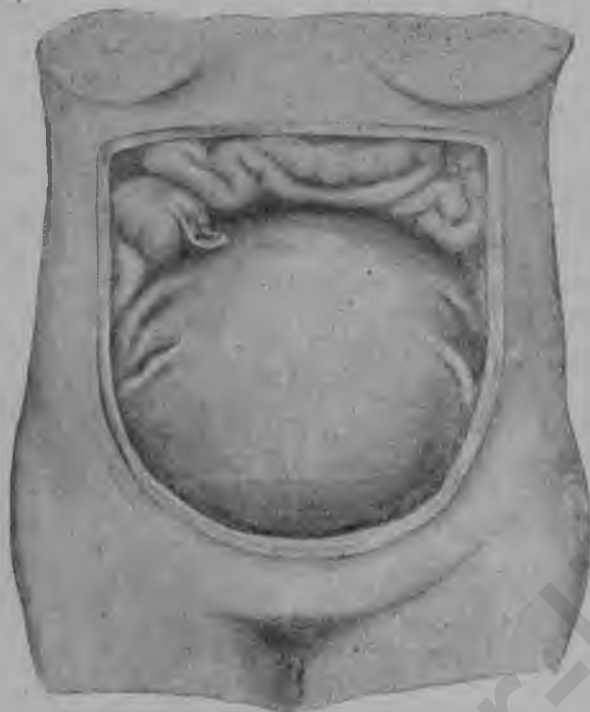
Литература

A m a n n. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 41, 1915, S. 50.—A s c h o f f u. B a c m e i s t e r, Cholelithiasis, 1909, und B a c m e i s t e r u. H a v o s, Deutsch. med. Wochenschr., 1914, Nr. 8.—H e r r m a n n u. N e u m a n n. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 12 u. 42.

2. Апендицит

Апендицит при беременности встречается определенно реже, чем у небеременных женщин. Этот факт раньше приводил к ошибочному выводу, что беременность предохраняет от воспаления слепой кишки. Можно однако считать, что на 1500 беременностей приходится один случай апендицита. По всей опасности апендицит при беременности превосходит во много раз всякое воспаление слепой кишки у небеременных. Прогноз для матери при нем всегда очень серьезен, и смертность колеблется между 30 и 70%; в первые месяцы она определенно меньше, в поздние — больше. Как доказал впервые Фют, различие в опасности объясняется тем, что в поздние месяцы беременности слепая кишка и вместе с ней червеобразный отросток приподнимаются из своего первоначального положения растущей маткой и перемещаются в более свободную часть брюшной полости (рис. 359); при таком положении червеобразного отростка легче и скорее развиваются общий перитонит. Впрочем и в первые месяцы беременности прогноз апендицита у беременных менее благоприятен, чем при отсутствии беременности, так как стенки матки с ее обильной сетью сосудов часто вовлекаются в воспалительный процесс, образовавшиеся сращения благодаря сокращениям матки во время беременности и родов, особенно же вследствие внезапного уменьшения этого органа после изгнания плода, растягиваются и разрастаются, и в результате этого получается диффузный перитонит. По меньшей мере в половине случаев апендицит частью вследствие местного раздражения матки частью вследствие общей инфекции вызывает преждевременное прерывание беременности, причем погибает 50—60% всех детей.

Д и а г н о з апендицита при беременности встречается с большими затруднениями. В первые месяцы его можно смешать с прервавшейся трубной беременностью или с перекрученной кистой, в более поздние месяцы всякое точное ощупывание очень затрудняется большой маткой, смещающей кишечник. Повышенная чувствительность кожи и ненормальная болезненность при давлении справа от матки могут привести к диагностической ошибке. Несомненно клиническая картина апендицита наиболее похожа на картину правостороннего пиелита: при обоих



359. Оттеснение слепой кишки и червеобразного отростка беременной маткой кверху при подвижной слепой кишке.

беременности в первые 2 суток заболевания подлежит операции. Вследствие более высокого положения слепой кишки у беременных разрез при аппендэктомии надо делать выше, чем обычно. При ранней операции беременность почти всегда сохраняется. Даже в тех случаях, когда беременная обращается к врачу в первый раз в промежуточной стадии болезни с ясной опухолью, инфильтрацией вокруг червеобразного отростка или образовавшимся абсцесом, ее надо вопреки общепринятому образу действий при этой болезни оперировать, причем одного простого удаления червеобразного отростка или вскрытия абсцеса бывает недостаточно, так как после этого остается еще большая опасность, что во время родовых схваток защищающие сращения разорвутся и произойдет диффузное воспаление брюшины. Для избежания этого лучше всего опорожнить матку независимо от жизнеспособности плода, который здесь в большинстве случаев все равно погибает. В клинике после новой дезинфекции и в новых резиновых перчатках лучше делать гистеротомию через рукав, в домашней обстановке стараются вызвать быстрое родоразрешение при помощи введения метрейринтера. Операционная рана должна быть окончательно закрыта лишь после окончания влагалищной гистеротомии. Иногда при аппендиците образуется абсцес в заднем дугласе, причем матка стоит выше малого таза и абсцес бывает осумкован в последней; в таких случаях достаточно бывает вскрыть абсцес и дренировать его через задний свод влагалища; по моим личным наблюдениям беременность при этом может быть сохранена.

заболеваниях существуют лихорадка и боли в правой половине живота, только при пиелите болезненность бывает более в области почки и давление рукой на люмбальную область большей частью вызывает сильные боли. Решающим для диагноза служит исследование мочи (собранной катетером), в сомнительных случаях—катетеризация мочеточника. Моча при пиелите всегда содержит много лейкоцитов. Очень большая разница между температурой подмышкой и в прямой кишке говорит за аппендицит.

Вследствие большой смертности матерей и детей при аппендиците здесь должно быть установлено правило, что всякий острый аппендицит при

Литература

Boije, Mitteil. aus der Gynäkol. Klinik zu Helsingfors, Bd. 4, 1903. Berlin, Karger.—H. F ü t h, Archiv f. Gyn., Bd. 76, 1905, H. 3, S. 507 und Bd. 101, 1913.—P a n k o w, Hegars Beiträge, Bd. 13, 1909.—R e n v a l l, Mitteil. aus der Gynäkol. Klinik zu Helsingfors, Bd. 7, 1908.—R o s e n s t e i n, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 39, 1914.

3. Грыжи

Сильное отягощение брюшной стенки беременной маткой и вызываемые этим растяжение и перерастяжение стенки легко объясняют, почему беременность особенно предрасполагает к образованию грыж у женщин. Статистически установлено, что у женщин число бедренных и паховых грыж больше в чадородном периоде и что они встречаются чаще у рожавших женщин, чем у нерожавших. Особенно способствует беременности образованию пупочных грыж; почти у каждой беременной в конце беременности замечается легкое или более значительное растяжение пупочного кольца с истончением кожи, в норме снова исчезающее в послеродовом периоде; у женщин с менее устойчивым прочным кольцом при каждой последующей беременности происходит дальнейшее растяжение его, и в конце концов дело доходит до настоящей грыжи: к этому особенно бывают предрасположены женщины с сильно развитым подкожным жиром.

Если таким образом беременность бесспорно способствует образованию грыж, то, с другой стороны, она почти всегда препятствует их ущемлению: растущая матка как правило на V месяце оттесняет кверху при выправимой грыже ее содержимое и превращается в надежный оплот против нового внедрения кишки, причем лишь редко не выполняет этой роли. Сказанным объясняется, почему во время беременности дело лишь очень редко доходит до ущемления грыжи, по крайней мере вправимой; ущемления происходят только при невправимых грыжах, особенно бедренных, при которых грыжевое содержимое не может быть оттесняемо кверху растущей маткой; это бывает крайне редко. Ущемленную грыжу при беременности надо оперировать так же, как и вне ее. Те грыжевые выпячивания, которые несмотря на беременность увеличиваются, можно удержать бинтованием живота или бандажами, хотя бинтование живота при беременности более тягостно, чем вне ее. В первые месяцы беременности асептически проведенное грыжесечение не представляет никакой опасности для сохранения беременности.

Литература

G r a s e r, Handb. d. prakt. Chir., 4. Aufl., Bd. 3, Abschn. 7, S. 513 u. 599.—M e y e r-R u e g g, Winckels Handb. d. Geb., Bd. 2, T. 3, S. 2281.

4. Заворот кишок

Если у женщины существуют старые сращения между брюшной стенкой, маткой и придатками, с одной стороны, и кишками—с другой, если у нее имеется склонность в перекручиванию по оси сигмовидной и других толстых кишок благодаря длинной их брыжейке, если у нее имеются наконец в брюшной полости опухоли, сидящие на ножках (кисты яичника, миомы), то при беременности легче, чем вне ее, происходит благодаря смещению и растяжению кишок объемистой беремен-

ной маткой более или менее полное нарушение проходимости их.

Осложнение это преимущественно происходит в следующие 3 момента: 1) когда матка поднимается из малого таза в большой, т. е. на IV—V месяце; 2) в конце беременности и в начале родов, когда головка опускается в малый таз, и 3) когда после изгнания плода величина матки внезапно уменьшается.

Существующая часто при беременности атония кишок несомненно благоприятствует возникновению заворота. Повидимому при высокой степени этой атонии может произойти чисто паралитический заворот.

Реже следует искать причины непроходимости кишок в непосредственном давлении со стороны большой беременной матки; даже при ущемленной, ретрофлексированной матке большей частью заворота не происходит, хотя наблюдались отдельные случаи, где беременная матка так сильно давила сигмовидную кишку, что получалась полная закупорка просвета последней (ван дер Хевен, Флейшхауэр). Предшествовавшее воспалительное заболевание кишки, напр. хронический аппендицит (Мандах), может повысить предрасположение к непроходимости кишок. В одном случае у Шеделя заворот произошел через 3 недели после падения животом на сосуд с острыми краями и повреждения кишки вследствие сращений.

Д и а г н о з заворота при беременности, особенно в последние месяцы, может представить очень значительные затруднения. Боли в животе часто бывают относимы за счет схваток, которые наступают почти всегда при этом заболевании вследствие действия кишечных токсинов, а равно и другие симптомы его (задержка газов и стула, рвота, вадутие кишок) не всегда бывают типичны. При завороте толстых кишок каловая рвота напр. почти всегда отсутствует или появляется очень поздно. Точное обследование живота сильно затрудняется большой маткой, и потому заворот легко смешать с перитонитом, аппендицитом, перекрученной опухолью яичника, упорными запорами и ущемленной грыжей. На возможность заворота кишок иногда указывает имеющееся в анамнезе указание на предшествовавшее воспаление в брюшной полости; надо также обращать внимание на бывшие ранее лапаротомии. Не только каждый точно диагностированный заворот, но и каждое упорное отсутствие стула должно лечиться лапаротомией, если после высокой клизмы и других мероприятий вздутие кишок и задержка стула не пройдут. В конце беременности после окончания родов (искусственные преждевременные роды) иногда наблюдается исчезновение симптомов заворота, хотя на это никогда нельзя сильно рассчитывать. Поэтому и здесь следует предпочесть лапаротомию в случае необходимости вместе с опорожнением матки (или при помощи абдоминального или при помощи влагалищного кесарского сечения, а вне родильного стационара при помощи метрейриза).

При жизнеспособном плоде конечно можно попытаться сохранить беременность.

Литература

Becker, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1909, S. 156.—Fleischhauer, Zentralbl. f. Gyn., 1918, Nr. 23, S. 377.—Füth, Zentralbl. f. Gyn., 1919, Nr. 19, S. 353.—Gauthery, Thèse de Paris. 1903.—Mandach, Zentralbl. f. Gyn., 1918, Nr. 46, S. 830.—L. Meyer, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1899.—Ludwig, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 75, 1914, H. 2, S. 324, mit gesammelter Literatur.—Schädel, Zentralbl. f. Gyn., 1920, Nr. 24.—van der Hoeven, Zentralbl. f. Gyn., 1912.—Wilms, Deutsche Chirurgie, Bd. 46.

VI. РАССТРОЙСТВА ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ И КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ БЕРЕМЕННЫХ

При значительных изменениях, вызываемых беременностью в железах внутренней секреции, неудивительно, что иногда мы наблюдаем у беременных расстройство и в этой системе. Влияние беременности здесь может сказываться двояко: 1) у женщин могут появляться эндокринные расстройства, вызываемые самой беременностью; 2) на существующие уже в организме расстройства беременность может влиять в благоприятном или в неблагоприятном смысле.

Появление легких симптомов акромегалии мы должны приписывать действию измененной функции гипофиза. Очень часто бывает, что у беременных в последние месяцы руки, ноги и лицо становятся толще и грубее (Хальбан), а иногда наблюдается и типичная акромегалия. Симптомы ее медленно уменьшаются сами собой после родов при обратном развитии гипофиза.

Иногда во вторую половину беременности наблюдаются явления, которые встречаются в климактерии. Эти явления частью относятся к вазомоторной системе, выражаясь в ощущениях кратковременного жара, беспокойства, познablвания, частью локализуются в виде болей в суставах. Тогда мы говорим об артропатии беременных. Причину этих явлений надо искать в выпадении овариальной функции.

В последние месяцы беременности уже физиологически происходит усиленное накопление жира. В более сильной степени это накопление жира часто проявляется во время кормления грудью, после прекращения же его снова исчезает.

Иногда в связи с родами эндокринное расстройство принимает такую форму, что ожирение остается надолго, яичники и матка делаются гипопластическими, и наступает олигоменорея или аменорея—вероятно вследствие первичной гипофункции гипофиза.

При типичном гипофизарном ожирении (*dystrophia adiposo-genitalis*) лишь редко наступает зачатие, или если оно и наступает, то оканчивается выкидышем. Напротив, ожирение от усиленного питания повидимому не препятствует зачатию. У таких женщин дети часто бывают необычно большого веса при рождении.

Гликозурия и диабет при беременности. При беременности в моче часто обнаруживаются небольшие количества сахара (спонтанно, после работы, после инъекции небольших доз адреналина, флоридина и пр.), что стоит в связи с повышенной проницаемостью почечного фильтра. При этих безвредных гликозуриях беременности содержание сахара в крови всегда нормально. Поэтому настоящий диабет можно диагностировать при беременности только тогда, когда содержание сахара в крови повышено.

Можно считать за правило, что беременность ухудшает диабет, и даже кажется, что у женщин, предрасположенных к сахарной болезни, последняя может впервые возникнуть при беременности (изменение функции поджелудочной железы). В последние 2 месяца беременности диабет может улучшиться вследствие викарирующего наступления действия островкового аппарата плода (Норден, Хольцбах). В тяжелых случаях большая часть беременных погибает от диабетической комы или во время родов или непосредственно после них, либо умирает в ближайшие месяцы от легочного туберкулеза. Что касается детей, то при-

близительно половина их умирает до рождения или рождаются нежизнеспособными. Очень часто диабет при беременности осложняется гидрамнионом; равным образом наблюдался у новорожденных врожденный диабет. Обращаясь к терапии этой болезни, отметим, что в более легких случаях надо выжидать и применять противодиабетическое лечение; в тяжелых же случаях при значительном ухудшении общих явлений, увеличении сахара в моче и крови, повышенном выделении ацетона и белка в моче надо искусственно прервать беременность¹, притом не слишком поздно, ибо тогда успех этого вмешательства становится сомнительным. Особенно необходима при этом педантичная асептика, так как диабет сильно предрасполагает к септическим заболеваниям. Кормление грудью диабетическим больным должно быть запрещено.

Расстройство щитовидной железы. Так как при беременности к щитовидной железе предъявляются повышенные требования, то всякое состояние гипотиреозидизма (микседема, кретинизм, *cachexia strumipriva*) неизменно приводит к ухудшению состояния больных. На эти расстройства оказывает благоприятное влияние применение тиреоидина.

На женщин с легкими так называемыми сглаженными формами базедовой болезни беременность влияет различно: приблизительно в половине всех 112 наших случаев мы не видели при беременности никаких изменений, иногда даже появлялось улучшение общего состояния; в другой половине случаев, напротив, наступало ясное ухудшение, принимавшее опасную форму и могущее привести даже к смерти вследствие недостаточности сердца и токсического нефрита (5% смертности). Опасны именно те случаи базедовой болезни, где последняя сочетана с персистенцией вилочковой железы. При базедовой болезни несколько чаще преждевременное прерывание беременности. При гипертиреозе у беременных сначала всегда надо выжидать. Как раз в первые 3—4 месяца беременности симптомы базедовой болезни бывают очень часты, иногда даже появляются у женщин, не имевших их ранее, но после IV месяца они по большей части уменьшаются; бороться с ними надо путем устранения душевных волнений, путем телесных упражнений, пребывания на чистом воздухе, по возможности в горах средней высоты, и при помощи назначения антитиреоидина и пр. Можно также попытаться применять осторожное облучение рентгеном. Если несмотря на эти меры состояние беременной ухудшается, тогда показаны искусственный аборт или струмектомия, при которой беременность обычно сохраняется. После родов опасные явления как правило быстро исчезают. В послеродовом периоде вследствие пониженной свертываемости крови существует большая склонность к кровотечениям.

Зоб при беременности почти всегда увеличивается; только в ограниченном проценте случаев возникают явления стеноза. Надлежащей терапией являются здесь струмектомия, которая мало вредит матери и очень редко ведет к прерыванию беременности. Искусственные преждевременные роды должны быть производимы только при жизнеспособном плоде (после 35-й недели).

Status tymico-lymphaticus и status hypoplasticus. Как правило наступление беременности влияет благоприятно на обратное развитие персистирующей вилочковой железы, а гипопластическое сердце и со-

¹ К этой мере иногда приходится прибегать не только при сахарном диабете, но и при *diabetes insipidus*.—В. Г.

судистая система при ней претерпевают легкую гипертрофию и расширение. Уже было указано однако, что такие женщины плохо переносят роды и что особенно при комбинации с гипоплазией надпочечников (малое количество адреналина) в послеродовом периоде достаточно уже умеренной кровопотери для того, чтобы вызвать неожиданную смерть; в отдельных случаях наблюдается и выворот матки. Особенно осторожно надо применять у таких женщин хлороформный наркоз.

Относительно аддисоновой болезни у беременных имеется мало наблюдений. Повидимому беременность не влияет неблагоприятно на первичную форму этой болезни. При вторичных формах с туберкулезным заболеванием надпочечников, напротив, неоднократно видели ухудшения, часто также при этом происходят выкидыши.

Литература

L. Seitz, Innere Sekretion und Schwangerschaft, Leipzig, 1913 (Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn., 1913, Bd. 15 и Arch. f. Gyn., 1919, Bd. 137).

VII. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ, УШЕЙ И ЗУБОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Очень серьезные расстройства зрения мы видим нередко при токсикозах беременных, чаще всего при эклампсии. Перед началом припадков в течение нескольких часов или целых дней у беременных наблюдается мерцание в глазах, зрение затуманивается, затем внезапно вместе с припадком или без него развивается полный амавроз без всяких офтальмологических изменений, но лишь вследствие токсического поражения церебральных органов. Прогноз при чистых амаврозах без изменений в сетчатке в общем очень хорош—после прекращения экламптических припадков зрение вполне восстанавливается; более серьезны те формы, при которых на почве заболеваний почек, будь то нефропатия беременных или же ранее существовавший хронический нефрит, развивается альбуминурический ретинит с его типичными клиническими явлениями. При усилении субъективных симптомов и объективных изменений положение становится настолько серьезным, что показано искусственное прерывание беременности и в дальнейшем именно при хроническом нефрите очень легко развивается длительное ослабление зрения, а иногда почти полная потеря его. Равным образом неоднократно наблюдалась при этом и отслойка сетчатки. Особенно вреден для зрения к счастью очень редкий зрительный и ретробульбарный неврит, который развивается на почве токсикозов беременности или изолированно или же вместе с невритическими симптомами в других нервах (полиневрит). В результате его часто происходит полная потеря зрения вследствие атрофии зрительных нервов. В отдельных случаях излечение было достигнуто своевременным прерыванием беременности. При высокой степени близорукости у беременных дело иногда доходит до кровоизлияний в сетчатку и хориоидита, которые вызывают такое значительное ослабление зрения, что служат показанием к прерыванию беременности.

По сравнению с описанными расстройствами зрения все другие изменения в глазах у беременных по своему значению отходят на второй план, а именно небольшие кровоизлияния в конъюнктивы вследствие нагуживания при родах, быстро рассасывающиеся, и паофтальмия, которая наблюдается иногда при тяжелых, большей частью смертельных пuerперальных септических процессах.

На заболевания уха беременность повидимому не оказывает никакого влияния. Впрочем при отосклерозе нередко беременность ведет к ослаблению слуха.

Очень значительно влияние беременности на зубы («Каждый ребенок стоит одного зуба»). При беременности наблюдается чаще и сильнее, чем в другое время, кариозный процесс в зубах. Причину этого надо искать в изменении химизма слюны, бактериальной флоры рта, а также в извлечении извести во время беременности. Ввиду этого последнего явления беременным в последние месяцы рекомендуется принимать кальций (молочнокислый или хлористый) 2 раза в день на кончике ножа. Равным образом у беременных нередко наблюдается зубная невралгия вследствие влияния токсинов без видимых изменений в зубах, почему надо остерегаться, как бы благодаря этой невралгии не вырвать совершенно здоровых зубов. При очень сильных зубных болях надо употреблять противоневралгические средства, напр. аспирин. Приблизительно у половины всех беременных наблюдаются сильное набухание и покраснение десен с склонностью к кровотечениям (гипертрофия десен); поэтому беременным надо тщательно следить за чистотой зубов и полостью рта, применяя полоскание с легкими антисептическими веществами (пергидрол, t-ra myrrhae по несколько капель на стакан воды).

Литература

В а т h e, Zentralbl. f. Gyn., 1921, 6 (Миопия).—L. S e i t z, Döderleins Handb. d. Geburtsh., Bd. 2, 1916, S. 319.

VIII. РАССТРОЙСТВА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПСИХИКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДАХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

1. Невралгии, акропарестезии, неврит и полиневрит

Развивающиеся у беременных в различных нервных областях, особенно в области тройничного нерва (одонталгии), расстройства вероятно вызываются раздражениями, стоящими в связи с обменом веществ, а может быть обуславливаются в меньшей степени воспалением нервов. Вероятно насчет легких воспалительных изменений в нервных окончаниях пальцев рук и ног могут быть отнесены и так наз. акропарестезии, которые наступают в последние месяцы беременности и проявляются в чувстве ползания мурашек, в зуде, онемении, легком покраснении, распухании и ограничении подвижности пальцев и быстро исчезают во время родов и после них.

Подобные же расстройства имеют место у беременных при более легких формах и в начале настоящего неврита, причем и здесь бывает затронута главным образом чувствительная сфера, а именно наблюдаются парестезии и гиперестезии в различных нервных областях, тянущие боли при покое и особенно при движении, чувствительность нервных стволов к давлению. При тяжелых формах нервных воспалений кроме полной анестезии постоянно наблюдаются и моторные расстройства,—отдельные части тела представляются паретическими или совершенно парализованными, часто замечаются реакции перерождения и атрофия. Особенно предрасположены у беременных к воспалительным заболеваниям нервы руки, средний и локтевой. Болезнь может однако захватывать и нижние конечности, даже все части тела (полиневрит беременных).

Наиболее опасными являются к счастью редко встречающиеся невриты диафрагмального и блуждающего нервов, так как эти заболевания могут вызвать остановку дыхания, а также воспаления зрительного нерва, которые легко могут вести к эмболии и полному амаврозу. Неврит и полиневрит у беременных очень часто сопровождаются симптомами других токсикозов беременности, особенно неукротимой рвотой и слюнотечением. Равным образом при них поразительно часто наблюдается корсаковский психоз. Первые симптомы полиневрита проявляются большей частью уже во время беременности, во многих же случаях заболевание возникает в послеродовом периоде (пурперальный полиневрит). При этой форме дело идет о последующем и позднем влиянии беременности; кроме того в послеродовом периоде наряду с интоксикацией принимает участие еще другой момент—инфекция (инфекционный неврит), преимущественно септическая, которая, исходя из половых частей, локализуется непосредственно в нервных сплетениях малого таза, а отсюда захватывает и нервы нижних конечностей или же ведет на почве общего отравления к полиневритам в разных областях тела.

Кроме того мы наблюдаем у женщин травматические невриты, происходящие вследствие давления головки плода при родах на пояснично-крестцовое сплетение, в случаях, где имеется несоответствие между головкой, тазом и мягкими частями, а также вследствие давления со стороны ложек щипцов.

В нередких более легких случаях во время родов наблюдаются сильные боли в области седалищного нерва, особенно в икрах; эти боли исчезают после родов, не вызывая никаких расстройств. Если же при неблагоприятных условиях происходит очень длительная интенсивная травматизация нерва, что к счастью бывает редко, тогда бурные пароксизмальные боли в бедрах и задней поверхности ног пересиливают даже боли от схваток, а после родов может оказаться парализованным весь седалищный нерв или некоторые его ветви, а именно *n. peroneus*, иногда же и *n. obturatorius*. В большинстве случаев после родов нормальные движения восстанавливаются; однако при особенно сильных повреждениях нервов может оставаться длительный парез.

С болями при невралгиях и невритах следует бороться при помощи прикладывания пузыря со льдом или теплых обертываний, горячего воздуха, потения, втирания наркотических средств, назначения противохордачных лекарств, как аспирина и хинина; если появятся парезы, которые иногда держатся долгое время, показаны массаж и электризация. При токсических формах невритов беременности можно попытаться ослабить отравление при помощи постельного содержания, диеты, подкожных вливаний рингеровского раствора, подкожных впрыскиваний лошадиной сыворотки или сыворотки здоровых беременных (20 см³). Прерывание беременности бывает показано только при тяжелых и распространенных полиневритах, главным образом когда захвачены нервы, заведующие дыханием, или глазами. Здесь этой мерой иногда удается еще сохранить жизнь женщины или ее зрение.

Литература

A n t o n, in Veits Handb. d. Gyn., 2. Aufl., Bd. 5, 1910, S. 3.—H a u c h, Zeitschr. f. Gyn. u. Geb., Bd. 57, 1906, S. 169.—H ö s s l i n, Schwangerschaftslähmungen der Mütter. Berlin, Hirschwald, 1905.—P l a u t, Münch. med. Wochenschr., 1918, Nr. 40. S. 1108.—S i e m e r l i n g, Döderleins Hand. d. Geb., Bd. 2, 1916, S. 487.



360. Тетания у беременной; рука в положении, свойственном положению руки акушера при исследовании.

2. Тетания беременных

Беременные обнаруживают по мере течения беременности прогрессирующее повышение гальванической возбудимости мышечных нервов, усиление сухожильных рефлексов, в $\frac{1}{3}$ всех случаев фасциальный феномен Хвостека (Керер), т. е. те явления, которые мы отмечаем как субтетанические и связываем с гипофункцией эпителиальных телец.

Опыты на животных также указывают ясно на повреждение или сильную нагрузку эпителиальных телец при беременности, напр. крысы, не имеющие судорог после иссечения этих телец при отсутствии беременности, почти всегда при этом заболевают тетанией, если они беременны.

Если у беременных субтетаническая возбудимость обнаруживается очень часто, то настоящая тетания во время беременности к счастью представляет редкость, причем клиническая картина здесь в общем такая же, как и картина тетании, зависящей от других причин (рис. 360); только здесь необычно часто поражаются судорогами большие группы мышц, а именно дыхательные мышцы; часто встречаются у больных также катаракты в глазах, а иногда и психические расстройства.

Ослабленные женщины могут погибнуть от этого заболевания. Тетания беременных легко рецидивирует при последующих зачатиях, но такие рецидивы далеко не составляют общего правила. Наблюдается она и во время кормления грудью, но реже, чем во время беременности.

При сильных запросах на известковый обмен во время беременности и при тесной связи между содержанием кальция в крови и функцией эпителиальных телец, а также гальванической возбудимостью мышечных нервов во время беременности рекомендуется применять препараты кальция.

Против судорог при уже развившейся тетании очень действительными оказываются внутривенные инъекции 2—5% молочнокислого кальция или раствора афенила. В особенно упорных случаях можно попытаться применить парагландол, представляющий экстракт из парацитовидных желез. Прерывание беременности ввиду ненадежности эффекта его применимо исключительно в жизнеопасных случаях, где лечение кальцием оказывается безрезультатным.

Литература

К е h r e r, Archiv. f. Gyn., 1912.—S e i t z, Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 16.

3. Хорея беременных

Хорея беременных является редкой, но очень опасной нервной болезнью. Чаще всего она начинается в первые месяцы и в середине беременности, редко в более позднем периоде. Патогенез ее не вполне выяснен, но не может быть никакого сомнения в том, что во многих случаях прямую причину ее надо искать в беременности, причем главнейшую роль в ее появлении играет токсически инфекционное

влияние. Очень часто у больных хореей находят ревматизм и стоящий с ним в связи септический эндокардит, который иногда протекает настолько скрытно, что может быть обнаружен только на вскрытии. Часто первые припадки хореей вызываются психическим инсультом—испугом или страхом; нельзя отрицать и наследственного предрасположения к ней. Клинически можно различать две формы хореей беременных: благоприятную, или легкую, и тяжелую. При более легкой форме симптомы после продромального периода (психическая и физическая неловкость, угрюмое настроение, головные боли, беспокойный сон, страшные сны) нарастают лишь постепенно и медленно, хореические движения (судороги) ограничиваются пальцами на руках и ногах, а также лицом и прекращаются во время сна; сильные телесные и психические расстройства отсутствуют, пульс и температура остаются нормальными. Эти легкие формы дают хороший прогноз, они медленно тянутся несмотря на прогрессирующую беременность и в конце концов совершенно излечиваются. Такие формы обычно наблюдаются у женщин, страдающих хореей в детстве. Иначе обстоит дело при тяжелой форме; хорея здесь развивается бурно, без предвестников; судорожные, подергивающие и беспорядочные движения распространяются на всю мускулатуру тела, не прекращаясь в покойном состоянии и во время сна; пульс ускоряется, температура большей частью повышается, как правило развиваются возбуждение и другие психические расстройства; плод часто умирает или рождается преждевременно. После родов состояние всегда ухудшается еще более, и значительная часть больных (20—40%) погибает в этом периоде от судорог или от эндокардита и общего сепсиса.

Лечение хореей—только симптоматическое и состоит в возможно лучшем питании, постельном содержании, изоляции больной, затемнении комнаты, водолечении и борьбе с сильным двигательным беспокойством и возбуждением при помощи различных нервных средств (скополамин, морфий или хлоралгидрат, изопрал, бром). Искусственное прерывание беременности при легкой форме не показано, но в тех случаях, когда состояние больной прогрессивно ухудшается или с самого начала имеется дело с тяжелой формой,—в этих случаях необходимо произвести искусственный аборт или преждевременные роды. Впрочем многие больные погибают несмотря на прерывание беременности. Если от такого прерывания желают получить хороший результат, то ни в коем случае не надо ждать до тех пор, пока разовьются явления эндокардита или психические, так как тогда вмешательство окажется запоздалым. За последнее время хорошие результаты были получены при хорее, как и при токсикозах, от внутримышечных впрыскиваний кровяной сыворотки (20 см³).

Литература

H a n s A l b r e c h t, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 76, 1915, H. 3, S. 677.—
A n t o n i n Veits Handb. d. Gyn., Bd. 5, 2 Aufl., 1910.—B i r n b a u m, Prakt. Ergebn.
d. Geb. u. Gyn., Bd. 2, 1910, H. 1, S. 206.—M ü h l b a u m, Prakt. Ergebn. d. Geb.
u. Gyn., Bd. 6, 1914, H. 1, S. 55.—P i n e l e s, Erkrankungen der weiblichen Geni-
talien in ihren Beziehungen zur inneren Medizin. Aus Anhang zu Nothnagels Handb.
Pathol. u. Ther., Bd. 2.

4. Заболевания спинного мозга

Множественный склероз. По самой своей природе (воспалительный процесс спинного мозга в области распространения кровеносных сосудов) множественный склероз очень часто ухудшается при беременности благодаря вызываемым ею переменам в обмене веществ. Неоднократно наблюдалось, что с каждой новой беременностью существующее заболевание ухудшалось, что интенционное дрожание, скандированная речь и другие припадки, свойственные множественному склерозу, значительно усиливались. Нередко наблюдалось также, что впервые симптомы этой болезни выступали во время беременности, и нельзя было отказаться от впечатления, что заболевание вызвано именно ею. На этом основании при явном ухудшении заболевания во время и вследствие беременности несомненно имеется известное право поднимать вопрос об искусственном прерывании ее, но лишь в тех случаях, когда заболевание действительно явно ухудшается по сравнению с преж-

ним состоянием. Даже в благоприятных случаях после вмешательства можно однако рассчитывать лишь на затихание болезни и на смягчение вновь присоединяющихся симптомов, но не на что-либо большее.

Миелит. При известных формах миелита также можно думать о некотором специфически токсикозном влиянии беременности. За такую этиологию говорят также встречающиеся рецидивы миелита при новой беременности (рецидивирующий миелит беременных). Болезнь эта дает такую же картину, как и инфекционный миелит, возникающий на почве острых инфекционных заболеваний, ведет к параличу нижних конечностей, недержанию кала и мочи и пр., но может принять также восходящий характер и сделаться опасной для жизни вследствие бульбарных поражений. В некоторых случаях наблюдалось спонтанное выздоровление еще во время беременности, в большинстве же случаев излечение наступает только после родов. Поэтому в очень тяжелых случаях несомненно здесь показано искусственное прерывание беременности, которое неоднократно приводило к поразительному улучшению и даже к полному выздоровлению.

Это показание не распространяется однако на компрессионный миелит с параличом вследствие переломов позвоночника или опухолей спинного мозга,—здесь нечего рассчитывать на прерывание беременности. Ввиду склонности к произвольному преждевременному прерыванию беременности надо, напротив, всеми силами стараться сохранить беременность для получения жизнеспособного ребенка. Роды в подобных случаях протекают, как и при спинной сухотке, вследствие прерывания проводящих путей совершенно безболезненно. Только при туберкулезной костоеде позвоночника с явлениями сдавления спинного мозга (поперечный миелит) иногда может возникнуть вопрос о вмешательстве, если это заболевание вызвано беременностью или явно ухудшается от нее.

Спинная сухотка. При этой болезни несмотря на отсутствие полового чувства у женщины неоднократно наблюдалась беременность. Последняя сама по себе не оказывает никакого неблагоприятного влияния на сухотку, почему болезнь эта и не служит основанием для прерывания беременности, так как ребенок здесь всегда доношивается до срока и рождается здоровым. Движения плода у табетичек вследствие анестезии брюшных стенок являются нечувствительными для матери. Роды при спинной сухотке также всегда настолько безболезненны, что для роженицы рождение головки является неожиданным. При этом схватки в большинстве случаев бывают весьма энергичными. Явления эти учат нас, что матка в своей потужной деятельности независима как от спинномозговой, так и от церебральной нервной системы.

Литература

C o h n, Zentralbl. f. Gyn., 1902.—v. H o s s l i n, Die Schwangerschaftslähmungen der Mütter. Berlin, Hirschwald, 1905.—J a k u b, Zentralbl. f. Gyn., 1911, Nr. 36, S. 1273.—K r u i g e r u. O f f e r g e l d, Archiv. f. Gyn., Bd. 83, 1906. H. 2, S. 257. M i r a b e a u, Zentralbl. f. Gyn., 1902, Nr. 5, S. 125.

5. Апоплексия и центральные параличи

Апоплексия встречается при беременности очень редко у предрасположенных к ней, большей частью пожилых, женщин; кровоизлияние в мозг происходит чаще во вторую половину беременности и при родах,

что стоит в связи с изменениями кровеносных сосудов и с повышением кровяного давления в последние месяцы беременности. Чаще апоплексию можно наблюдать при тяжелой форме нефропатии беременных и при эклампсии, которая сопровождается изменениями сосудов и всегда очень значительным повышением кровяного давления. Во время родов апоплексия как правило бывает очень обширной и большей частью смертельной вследствие венозного застоя при потугах. Ввиду опасности повторного кровоизлияния в мозг, особенно во время родов, в большинстве случаев при ней показано искусственное прерывание беременности; однако при давних апоплектических инсультах и при старых гемиплегиях часто не происходит никакого нового кровоизлияния.

При нефропатии и эклампсии иногда наблюдаются параличи, которые быстро проходят и не имеют ничего общего с апоплексией, а зависят от действия токсинов или от отеков мозга.

В некоторых случаях наблюдаются односторонние или распространенные параличи вследствие тромбоза в венах мозговых оболочек и коры мозга. Большей частью они возникают в результате очень тяжелой кровопотери при родах и обнаруживают характерное для тромбозов медленное развитие. Бывший ранее и давно излеченный тромбоз мозга не дает никаких оснований к предохранению от зачатия и никакого повода к прерыванию беременности. Я знаю одну женщину, которая после мозгового тромбоза проделала без всяких расстройств 4 беременности и родов.

Эмболии мозга с последующими явлениями паралича в различных областях тела и с другим расстройствами, напр. с расстройством речи, зрения, психики, нередко наблюдаются при эндокардите. Этот последний при беременности резко усиливается и тем самым способствует эмболиям.

6. Эпилепсия

Влияние беременности на эпилепсию различно: в некоторых случаях количество припадков ее явно уменьшается, общее состояние больных улучшается, и тем объясняется ранее существовавшее ошибочное мнение, что беременность действует на падучую извлекивающим образом. В других случаях, наоборот, припадки эпилепсии при беременности учащаются, психическое состояние больных ухудшается. Иногда первые припадки эпилепсии появляются только при беременности. В самых тяжелых случаях наблюдалось до 150—200 припадков, непосредственно следовавших один за другим и заканчивавшихся смертью во время родов и после них. Для последних случаев надо признать особое специфическое неблагоприятное влияние, и здесь в случаях прогрессирующего ухудшения возникает вопрос об искусственном прерывании беременности.

7. Более легкие психические расстройства

На психическое состояние женщины беременность, роды и послеродовой период с лактацией оказывают совершенно различное влияние.

а) Расстройства во время беременности

Нет ничего удивительного в том, что беременность с ее перестройкой всего организма, с изменениями в обмене веществ, в деятельности эндо-

кринных желез, в распределении крови по разным областям тела и пр. даже у вполне здоровых психически до этого времени женщин вызывает легкие колебания и расстройства в психике. Повышенная раздражительность, более быстрая смена настроений, легкие психические расстройства встречаются при ней чаще, особенно при первой беременности. Эти расстройства не имеют большого значения и как правило быстро проходят сами собой. Если они принимают более серьезную форму, то почти всегда дело идет о субъектах с психопатическим или истерическим предрасположением. Особого внимания заслуживают случаи, когда нарушения психики усиливаются до мысли о самоубийстве и до попыток к нему. Такие женщины требуют самого тщательного наблюдения и должны быть помещаемы лучше всего в соответствующее учреждение. Если под влиянием беременности появляются психогенные расстройства, напр. страх перед родами и т. д., то при прогрессирующем ухудшении общего состояния и психики иногда в таких случаях приходится признать показанным искусственное прерывание беременности, которое большей частью быстро приводит к выздоровлению; на такой шаг однако надо решаться только после долгого внимательного наблюдения психиатра и лучше всего в больнице. Как раз здесь надо остерегаться прибегать к вмешательству на основании жалоб истеричек, у которых часто замечается желание отделаться от беременности. У большинства таких больных достаточно умело проведенного убеждения и лечения внушением. Многие психически лабильные женщины переносят беременность поразительно хорошо и утверждают, что чувствуют себя при ней так хорошо, как никогда раньше.

б) Расстройства во время родов

Во время родов к нервной системе женщины предъявляются очень большие запросы, особенно у первородящих и при затяжных, трудных родах. Напряжение тела, повышение кровяного давления, глубокие изменения в обмене веществ, иногда вызывающие легкое токсическое состояние, а главное все повторяющиеся сильные боли при схватках у большинства женщин вызывают по меньшей мере непривычное психическое настроение. У психически здоровых субъектов этот процесс никогда не оставляет после себя длительного поражения нервной системы, и даже боли забываются удивительно скоро. У женщин же с повышенной чувствительностью и у психически лабильных, напротив, при родах дело нередко доходит до сильно возбужденного состояния,—они беспокойно вертятся на кровати, кричат, обнаруживают болезненно усиленный аффект, бранятся с врачом и акушеркой, главным же образом их ярость направляется против ребенка; могут быть при этом и попытки к самоубийству. У таких психопатических и сильно истерических рожениц наблюдается затемненное и спутанное сознание. У таких рожениц рекомендуется понижать и уменьшать боли при схватках дремотным наркозом под скополамин-морфием или по крайней мере подавлять легким хлороформным наркозом последние, особенно болезненные схватки при прорезывании головки, чтобы тем самым по возможности понизить психическую родовую травму.

в) Расстройства в послеродовом периоде и в периоде лактации

Последствия, вызванные изменениями во время беременности, процесс родов, сильная кровопотеря, наступающие затем обратное разви-

тие половых органов, утомление и волнение в первое время лактации— все это даже и здоровых женщин приводит иногда к легкому психическому расстройству, преимущественно на 3-й и 4-й дни после родов; это расстройство большей частью быстро проходит. Также и в последующее время лактации иногда наблюдаются под влиянием кормления грудью не только боли в крестце, тянущие боли между лопатками и другие нервные явления, но и повышенная чувствительность, раздражительность, беспокойство, спутанность сознания, которые скоро исчезают при покое и облегчении кормящей применением прикармливания, а в тяжелых случаях—прекращением кормления грудью.

8. Истинные психозы

Настоящие психозы во время родов несколько не отличаются от обыкновенных клинических форм; особых родовых психозов, как это думали раньше, не существует. Во время беременности, когда психозы наблюдаются очень редко, преобладают депрессивные формы помешательства с чувством страха, спутанности, самообвинений. Напротив, маниакальное состояние с экспансивной спутанностью, повышенным самочувствием и двигательным возбуждением наблюдается при беременности гораздо реже. Первобеременные заболевают психозом чаще, чем многородящие. Чаще всего, приблизительно в 80%, психозы развиваются в послеродовом периоде, т. е. в первые шесть недель после родов, и во время кормления грудью. В преобладающем числе случаев здесь дело идет об остром галлюцинаторном помешательстве (*amentia*), другие же формы встречаются гораздо реже. Первые симптомы заболевания часто обнаруживаются через 1—2 недели после родов. Наравне с общими расстройствами, вызванными пuerперальными процессами и кормлением грудью, к психозам предрасполагают главным образом септические послеродовые заболевания с эмболиями и переносом септических возбудителей в мозг, а также воспаления грудной железы. В таких случаях нужно прекратить кормление грудью и поместить женщину в психиатрическую лечебницу.

Из числа отдельных психозов надо упомянуть об осложнении беременности слабоумием (*imbecilitas*). У женщин с врожденной слабостью психикой нередко наблюдается, что они во время родов не проявляют никакой осмотрительности и не обнаруживают никакого влечения к своему ребенку. Это обстоятельство имеет значение при судебной экспертизе.

Иногда у слабоумных в результате родов наступает спутанность сознания.

При *dementia praecox* заболевание в значительном числе случаев начинается во время беременности или в послеродовом периоде, причем каждая новая беременность приносит ухудшение или усиление психического расстройства.

На прогрессивный паралич, при котором беременность бывает редко вследствие часто сопутствующего ему бесплодия, родовой процесс не оказывает определенного влияния: иногда это влияние бывает благоприятным, иногда, напротив, неблагоприятным. Роды в большинстве случаев протекают быстро, легко и безболезненно. Ребенок большей частью рождается вполне здоровым, так как сифилитическая инфекция в этих случаях обычно бывает задолго до беременности.

IX. ХРОНИЧЕСКИЕ ОТРАВЛЕНИЯ

Из хронических интоксикаций наиболее важными являются отравления на почве профвредностей. Хотя вследствие введения предохранительных мер путем запрещения женского труда в известных областях профессиональные отравления у женщин сократились весьма значительно, но еще не изжиты всецело¹.

Наиболее частой и известной профвредностью является отравление свинцом. Мы видим у работниц, имеющих дело со свинцом (наборщиц, гончарниц, кладовщиц, маляров и пр.) частые расстройства менструаций в виде аменореи или менорагий. Равным образом у этих работниц преждевременные роды бывают несомненно чаще, чем у других. Если дело доходит до хронического отравления, то плодное яйцо повреждается весьма сильно. На основании различных статистик можно принять, что у 50—60% всех беременных беременности прерываются преждевременно, причем около 10% всех детей рождаются мертвыми. Грудные дети также дают необычайно высокую смертность и нередко обнаруживают клинические признаки (беспрерывный крик, сведение бедер, судороги, явления менингита), которые можно считать последствиями свинцового отравления. Точно установлено, что яд переходит к плоду через плаценту, причем у умерших новорожденных находят большое количество свинца в разных органах и такие изменения органов, которые могут произойти только от действия свинца (цироз печени, эндартериит, дегенерация почек и пр.). Свинец может передаваться ребенку также через молоко. Далее интересен тот факт, что наблюдаемые у человека поражения бывают также и у животных, а именно коровы, которых поят из свинцовых ведер, не беременеют или недонашивают, пьющие из таких же ведерок гусыни несут пустые яйца.

Менее резким является вредное влияние на женские половые органы ртути. Дети работниц в зеркальном производстве, на киноварных фабриках и пр. оказываются слабыми и болезненными и дают необычайно высокую смертность. У работниц, имеющих дело с фосфором, часто наблюдаются расстройства менструаций, а именно неправильные регулы, задержка кровей, сильные боли при них. У работниц, имеющих дело с парами мышьяка (производство искусственных цветов, обоев, гардин, граммофонных пластинок), получают иногда глубокие и трудно излечимые изъязвления на наружных половых органах, которые сами по себе затрудняют зачатие или делают его невозможным. Особенно опасна для нервной системы, а также для генитальной функции работа с сероуглеродом при вулканизации резиновых изделий: ядовитые пары после первоначального усиления сексуальной возбужденности вызывают угасание полового чувства, неправильные и продолжительные кровотечения или полное отсутствие регул, преждевременные роды или полное бесплодие. Точно так же действуют на функции яичника и деторождение бензол и его различные дериваты, которые применяются в различных промышленных производствах, напр. в резиновой промышленности.

Работа с никотином у работниц по наблюдениям некоторых авторов оказывает специфическое влияние на половую сферу женщины, хотя это мнение еще спорно. Напротив, вне всякого сомнения стоит губительное влияние на нее двух сильно распространенных ядов, а именно морфия и алкоголя.

Привычное употребление морфия, вызывающее у мужчин импотенцию, у женщин обуславливает понижение половой деятельности, выражающееся чаще всего в прекращении регул, в несозревании яйца и в наступлении бесплодия. Если же зачатие происходит, то оно часто оканчивается преждевременным прерыванием беременности, хотя иногда последняя у морфинисток может продолжаться до срока, и ребенок рождается крепким. У новорожденных детей морфинисток проявляется привычка к морфию, так как яд этот передается плоду через плаценту и такие дети нередко в первые дни обнаруживают признаки морфийного голодания (резкое мышечное беспокойство, бессонница, беспрерывный крик, судороги, слабость сердца) и переносят большие дозы морфия и опия, хотя обычно грудные дети очень чувствительны даже к самым малым дозам последних. Морфий может также передаваться ребенку через молоко.

¹ Законодательство о женском труде и мероприятия по гигиене труда и технике безопасности в СССР в значительной мере исключают возможность отравлений промышленными ядами и влияние последних на половую сферу и воспроизводительную функцию работниц.—И. Ф.

Не подлежит никакому сомнению, что хронический алкоголизм не только ослабляет и расстраивает различные органы, но что он губительно влияет и на зародышевую плазму как у мужчин, так и у женщин. Расстройство половых функций у женщины проявляется в неправильных менструациях, пониженной плодовитости и в полном бесплодии. Из сопутствующих пьянству явлений известны необычайно низкий уровень духовного развития и психические аномалии. Хронический алкоголизм женщин вследствие более интенсивного и длительного влияния матери на плод определенно более опасен, чем пьянство мужчин. Вероятно даже однократное острое опьянение одного из партнеров во время полового сношения действует неблагоприятно на развитие ребенка, но его вредные последствия еще точно не доказаны.

Острые отравления при беременности чаще всего можно наблюдать при абортах и при попытках к ним. Здесь приходится иметь дело со всевозможными ядами: фосфором, мышьяком, ртутью (главным образом в виде сулемы), свинцом, соединениями меди, лизолом. Из растительных ядов употребляются спорынья, сабина, мускатный орех и многие другие. Все эти вещества оказываются действительными в смысле прерывания беременности только тогда, когда дело доходит до более или менее тяжелых, общих токсических явлений.

ПАТОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ, ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК. ПУПОВИНЫ И ПЛОДА

Л. Зейтц (Франкфурт)

I. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

От своеобразного развития, от анатомического строения и биологических функций органа зависит то, что заболевания плаценты носят иной характер, чем болезни других органов. Среди них преобладают аномалии формы и развития и прежде всего расстройства питания и циркуляции, обусловленные сложным распределением кровоснабжения; меньшее значение имеют сравнительно с ними воспаления и новообразования плаценты.

Относительно обратного влияния плаценты на организм матери при нормальных и патологических условиях см. отдел об изменениях при беременности и о токсикозах беременных.

1. Неправильные формы

Плацента обыкновенно имеет круглую или овальную форму. Однако нередко встречаются исключения—иногда она бывает продолговатой формы, в других случаях имеет сердцевидную, бобовидную или подковообразную форму¹, в третьих—делится на две (*placenta bilobulata* или *bipartita*), три и более частей (*placenta tri-* и *multilobata*). В некоторых случаях она очень широка, ненормально тонка и плоска (*placenta membranacea*) или же необычно толста и высока. Образование различных неправильностей формы детского места зависит главным образом от двух моментов: во-первых, от места имплантации яйца и его особенностей (имплантируется ли яйцо на ребре матки или в трубном углу, или в таком месте эндометрия, которое изменено вследствие воспаления и рубцов), а во-вторых, от способа имплантации,—именно от того, внедряется ли яйцо более или менее глубоко в отпадающую оболочку, прикрепляется ли оно на широком или узком основании.

Большое практическое значение имеют так наз. добавочные плаценты (*placentae succenturiatae*, рис. 361)², представляющие большей частью плоские, совершенно отделенные от главной плаценты участки плацентарной ткани величиной от полтинника до размеров ладони, получающие питание от главной плаценты, от которой идут одна артерия и одна вена; их находят приблизительно в 7% всех родов. Вследствие своего плотного сращения со стенкой матки они нередко остаются при отделении детского места в маточной полости, давая повод к кровотечениям и инфекции. Поэтому при проверке целости детского места надо всегда обращать внимание на возможность существования добавочной плаценты. Если последняя осталась в матке, то находят разорванные сосуды у самого края детского места, тогда как при нормальной плаценте сосуды исчезают в глубине ее тканей дальше от края.

¹ В редких случаях плацента имеет кольцевидную форму. Случай такой плаценты был в новейшее время описан в немецкой литературе Филиппом.—В. Г.

² Рулле наблюдал случай, где число таких добавочных плацент равнялось 12.—В. Г.



361. Несколько добавочных плацент, соединенных сосудами; вид с материнской стороны; сильное развитие долек главной плаценты.

В норме ворсинки в области *chorion laeve* подвергаются обратному развитию. Но иногда условия для питания их бывают настолько благоприятными и в области загороченной отпадающей оболочки, большей частью в непосредственном соседстве с *decidua basalis*, что и в этих местах ворсинки остаются после сращения загороченной и истинной отпадающей оболочек, внедряются в последнюю и таким образом ведут к образованию добавочной плаценты.

Так как условия питания там всегда хуже, чем в *decidua basalis*; то понятно, что ткань этой добавочной плаценты всегда остается плоской и тонкой.

2. Placenta marginata et circumvallata (экстрахориальная)

Если в детском месте беловатые фибриновые полосы идут кольцеобразно около края вскруг одной части или целого органа, то мы говорим о *placenta marginata*. Если это кольцо заложено в складках и вдается внутрь в виде вала, то мы называем это образование *placenta circumvallata*. Последняя представляет только высшую степень *placenta marginatae* (рис. 362) с отворачиванием ее краев. Суть обеих аномалий состоит в том, что при них ворсинки разрастаются на первоначальном краевом кольце хориальной пластинки, которое узнается по своеобразной форме в виде кольцевидной фибриновой полосы при *placenta marginata* и валикообразного отворачивания—при *placenta circumvallata*, и вместе с тем разрастаются на месте прикрепления гладких плодовых оболочек. Поэтому плодовая поверхность плаценты при



362. *Placenta marginata* на разрезе. Оболочки вместо того, чтобы отходить книзу от края плаценты, отходят высоко кверху, и плодовая поверхность плаценты меньше, чем материнская.

аномалиях оказывается гораздо меньше материнской (рис. 362 и 376). На этом основании Р. Мейер правильно называет этот вид детского места экстрахориальной плацентой. Ее происхождение обуславливается необычной имплантацией яйца—слишком поверхностной или на малом основании, причем для того, чтобы увеличить слишком малую питательную площадь, ворсинки хориона при дальнейшем росте яйца распространяются за пределы первоначального прикрепления последнего. Чаще всего *placenta marginata* встречается в тех случаях, где детское место сидит в углу матки, затем при глубоко сидящей плаценте и при предлежании плаценты. *Placenta marginata* несомненно имеет известное клиническое значение—есть основания предполагать, что длительные кровотечения во время беременности и некоторые выкидыши обуславливаются именно этой неправильностью плаценты¹. Равным образом затруднения при отделении детского места с кровотечением в последовом периоде наблюдаются при *placenta marginata* чаще, чем в других случаях.

3. Кисты плаценты

Совершенно необычный вид имеет детское место при плацентарных кистах: последние сидят иногда в большом количестве в виде янтарно-желтых или синевато-красных (вследствие примеси крови) пузырьков величиной от горошины до куриного яйца, на плодовой поверхности детского места. Своим происхождением кисты эти обязаны распаду некротизировавшихся частей хориона. Практического значения они не имеют. Равным образом в толще плаценты иногда находятся правильно образованные круглые пустоты без содержимого, возникающие вследствие некроза децидуальных перегородок (Л. Мейер и Лозе).

4. Фибринозные тяжи и узлы, белые инфаркты плаценты

Очень часто на плаценте находят тяжи и узлы, которые лежат в виде плоских белых нитей или круглых пятен того же цвета, величи-

¹ Из новейших статистических данных, характеризующих клиническое значение этой аномалии, интересны данные Флориса (Италия), который на 172 случая встретил *placenta marginata* 14 раз. Из этих 14 случаев беременность лишь в 6 протекала без значительных расстройств; в 8 случаях во время нее имели место кровотечения.—В. Г.

ной с 10—20-копеечную монету на плодовой поверхности плаценты. Так, при *placenta marginata* мы всегда находим дугообразные фибриновые полосы по краю детского места. Они происходят вследствие некрозов в поверхностных слоях хориальной пластинки. Иногда однако в плаценте существуют фибриновые узлы, которые лежат гораздо глубже и часто пронизывают всю толщу детского места, имея притом большую величину,—такие образования известны под названием белых инфарктов. На разрезе они кажутся более сероватыми и менее ясно отграниченными от остальной ткани плаценты. Своим происхождением они обязаны расстройствам кровообращения в межворсинчатых пространствах, слипанию и некрозу ворсинок, а также вероятно небольшим кровеносным стучкам. Небольшие фибриновые полосы и узлы не имеют никакого значения для дальнейшего развития и жизни плода; обширные белые инфаркты ограничивают респираторную и питательную поверхность плаценты и могут затормозить развитие плода и даже вести к его смерти. Белые инфаркты чаще всего встречаются при нефрите у матери, особенно при его хронической форме. Здесь они иногда захватывают большую часть нормальной ткани плаценты, чем и объясняется помимо токсического влияния нефрита тот факт, что при этом заболевании плод очень часто умирает в матке или рождается преждевременно.

Если рассматривать материнскую поверхность плаценты у доношенных детей, то часто видны уже новорожденным глазом белые точки, которые наощупь кажутся мелкими песчинками. Это—инкрустации плаценты известью вследствие отложения последней в некротизованной ткани. Их значение неизвестно.

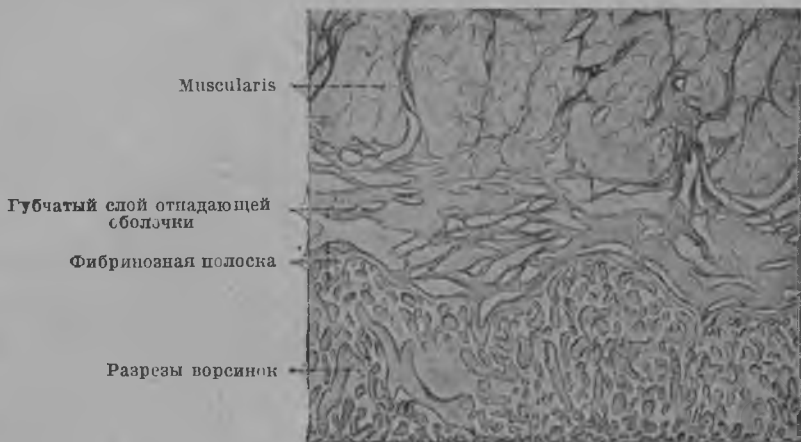
Сифилис является единственным заболеванием, которое производит типичные воспалительные изменения в плаценте; при других же инфекционных болезнях, напр. при сепсисе, в ней в большинстве случаев имеет место только мелкоклеточная инфильтрация или, как то бывает напр. при холере,—кровоизлияния в децидуальную часть плаценты. Напротив, при сифилисе сами ворсинки являются очагами воспаления, они набухают, становятся массивнее, стенка сосудов изменяется, просвет их суживается (*endarteritis syphilitica*), вся плацента становится необычно большой и бледной и весит часто в 2 раза более нормы.

5. Новообразования плаценты

В плаценте встречаются, хотя и очень редко, и настоящие новообразования, а именно ангиомы, исходящие из сосудов хориальных ворсинок хориона, почему их правильно называют также хорионангиомами или короч хориомами; при микроскопическом исследовании в ворсинках находят обильное новообразование сосудов и разрастание эмбриональной соединительной ткани. Если опухоли эти невелики, то они часто бывают целиком погружены в ткань плаценты и обнаруживаются только на разрезе; более значительные, иногда с куриное яйцо и более величиной, опухоли выступают над поверхностью плаценты в виде резко очерченных узлов, ясно отличающихся своей темнокрасной, иногда желтой окраской от остальной ткани плаценты. Они соединяются с окружающей тканью двумя крупными сосудами—артерией и веной. Злокачественных свойств у хорионангиом не наблюдалось, несмотря на то что по гистологическому строению клетки их стромы часто имеют саркоматозный характер. При этих опухолях нередко наблюдается ненормально большое количество околоплодных вод вследствие расстройств кровообращения; плод здесь рождается преждевременно или мертвым чаще, чем при других условиях. Генез хорионангиом, как и всех настоящих опухолей, неизвестен, но в нем играет важную роль ненормальное врастание сосудов алантоиса в *decidua*.!

6. Приращение плаценты (*placenta adhaerens* и *accreta*)

В норме отделение плаценты от маточной стенки происходит в спонгиозном слое *deciduae basalis*. Рыхлая, богатая железамы, крупносетчатая ткань последней допускает при нормальных условиях легкое

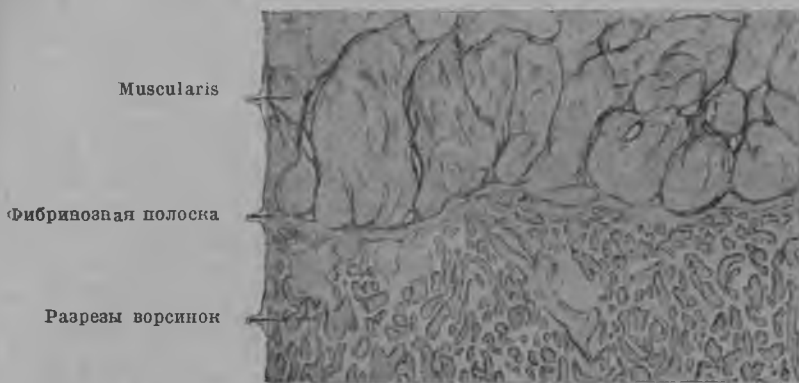


363. Нормальная плацента, губчатый слой хорошо развит.

и быстрое отделение детского места (рис. 363). Иначе обстоит дело при *placenta adhaerens* или *accreta*. При первой отсутствует рыхлый губчатый слой *deciduae basalis*, тогда как компактный имеется налицо; при второй же отсутствует и компактный слой, хориальные ворсинки хориона непосредственно сидят на мышечном слое маточной стенки и бывают плотно сращены с ним (рис. 364). Кроме того мы часто находим в мускулатуре необычно большое количество синцитиальных блуждающих клеток, внедрение которых иногда вызывает дегенеративные изменения; равным образом иногда, хотя и редко, происходит и глубокое врастание ворсин в мышечный слой маточной стенки. Чаще всего находят патологические приращения детского места при ненормальной локализации его, а именно при предлежании плаценты и при развитии ее в трубном углу маточной полости. Ненормальному приращению плаценты благоприятствуют также грубые выскабливания и септические воспалительные процессы в эндометрии¹, которые ведут к более или менее распространенным дефектам последнего. Приращение может ограничиваться или одной частью детского места (*placenta accreta partialis*) или распространяться на всю его поверхность (*placenta accreta totalis*),

Приращения плаценты большей частью ничем не обнаруживаются во время беременности, и роды при них как правило в первые 2 периода протекают без отклонений от нормы. Даже в начале послеродового периода часто не замечается ничего особенного, но потом в большинстве случаев появляется кровотечение, а главное—детское место не изгоняется в течение долгого времени. Было бы однако ошибочно думать о приращении плаценты только на основании задержки ее выделения—настоящее приращение плаценты является очень редкой аномалией. Нормальному выделению детского места весьма часто мешают нецелесообразным массивированием матки и преждевременными попытками к выдавливанию плаценты, которые приводят к замедленному и затрудненному изгнанию ее вследствие недостаточного раскрытия матки или спазма маточного зева.

¹ А также рубцы после бывшего классического кесарского сечения, особенно при разрезе в дне матки.—И. Ф.



364. Placenta accreta, губчатый слой отсутствует, ворсинки сидят непосредственно на мышечном слое.

Несомненно, что врачи слишком часто ставят диагноз приращения плаценты, между тем как дело большей частью идет только о нарушении механизма ее отделения. Приращение плаценты можно диагностировать лишь тогда, когда не удастся выдвинуть послед путем правильного и повторно применяемого под наркозом метода Креде.

Если имеется дело с более сильной степенью приращения, всегда становится необходимым ручное выделение последа. Если врач убедился, что выдавливание детского места наружными приемами под наркозом не ведет к цели, а вызывает только сильное кровотечение и плацента не выходит в течение по крайней мере 2—3 часов, он должен ввести хорошо продезинфицированную руку в перчатке в полость матки, выяснить, нет ли в данном случае, как это бывает в большинстве случаев, частичного приращения плаценты, и затем пилящими движениями руки осторожно отделить послед от матки, другой рукой поддерживая последнюю снаружи. При полном приращении плаценты надо проникнуть пальцами внутренней руки прямо в плацентарную ткань, лучше всего в середине, где прикрепление плаценты бывает наиболее рыхлым, и отсюда начинать отделять плаценту. Зачастую при этом отделение последа встречает очень большие затруднения—удалить плаценту целиком не удается и приходится входить рукой в матку повторно, с известными усилиями отделяя плацентарную ткань кусок за куском. Нередко в таких случаях отделяются части мускулатуры матки, что очень затрудняет ориентировку. Если при отделении ощущают тяжи, то это означает, что пальцы находятся еще в плодовой части плаценты (тяжи эти представляют собой более значительные ветви сосудов хориона, а не соединительнотканые сращения, как то думали раньше). Если после долгих усилий не удается удалить пальцем всех остатков плаценты и при этом начинается более сильное кровотечение, лучше остановиться и не удалять последних остатков: при слишком энергичных и длительных попытках к удалению их может произойти перфорация маточной стенки, которая здесь большей частью является сильно истонченной¹. Впрочем даже

¹ Ввиду трудности ручного отделения placenta accretae и имеющейся при этой аномалии опасности кровотечений и перфорации матки современные акушеры довольно широко применяют при ней экстирпацию матки.—В. Г.



365. Пузырный занос, сверху остатки отпадающей оболочки, обильно пронизанные кровяными сгустками.

и для опытного врача не всегда легко с точностью отличить оставшиеся в матке части ворсинок от неровного места прикрепления плаценты. Поэтому менее опасно в таких случаях плотно затампонировать матку, чтобы лучше прекратить кровотечение, в последующем периоде давать большие дозы эрготина и тенозина и отложить выделение остатков до более позднего времени.

Опыт учит, что если у женщины была когда-нибудь плацента accreta, то при дальнейших беременностях имеется большое предрасположение к ней. Женщины, у которых было однажды действительное приращение последа, должны при следующих родах помещаться в стационар.

Прогноз приращения плаценты очень серьезен. Большое число рожениц погибает при этом от кровотечения, а родильницы нередко погибают в послеродовом периоде от септической инфекции вследствие ручного выделения или заражения оставшихся кусков плаценты.

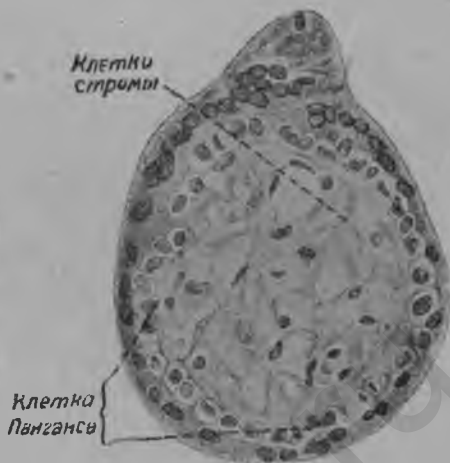
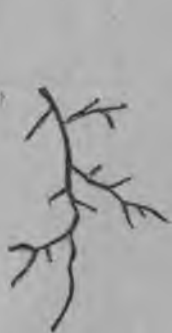
Литература

Placenta accreta: Baisch, *Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Tübingen*, 1908, Bd. 6, H. 2.—Dietrich, *Zentralbl. f. Gyn.*, 1920, S. 44.—H. Freund u. Hirschmann, v. Winckels *Handb. d. Geb.*, Bd. 2, Teil 3, S. 2219.—Langhans, *Archiv f. Gyn.*, Bd. 8.—B. M. Schmidt, *Beitr. z. pathol. Anat.*, Bd. 63, 1916.

Заболевания плаценты: Ehrendorfer, *Ueber Zysten der menschlichen Nachgeburt*, Leipzig und Wien, 1883.—v. Herff, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, Bd. 12, 1908, S. 7.—Hinselmann, in Halban-Seitz, Bd. VI, Teil 1.—Hyrtil, *Die Blutgefäße der menschlichen Nachgeburt*, Wien, 1870.—L. Meyer u. Lohse, *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 36, Erg. 1913.—Rob. Meyer, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 58, 1906, S. 98, *Arch. f. Gyn.*, Bd. 89, S. 542, und Bd. 98, 1912, S. 493 (*Plac. marginata*).—Schickele, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, Bd. 10, 1905, S. 63, und Bd. 16.—L. Seitz, v. Winckels *Handb. f. Geb.*, Bd. II, Teil 2, und in Döderleins *Handb.*, Bd. II.

II. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС (MOLA HYDATIDOSA)

При пузырном заносе плацента превращается в гроздевидную массу, состоящую из отдельных прозрачных пузырьков. Между этими пузырьками находятся часто красно-бурые скудные остатки отпадающей оболочки и очень обильные сгустки крови (рис. 365). Это странное уродство плаценты происходит вследствие своеобразного водяночного перерождения ворсинок хориона: в то время как в норме отдельные ворсинки



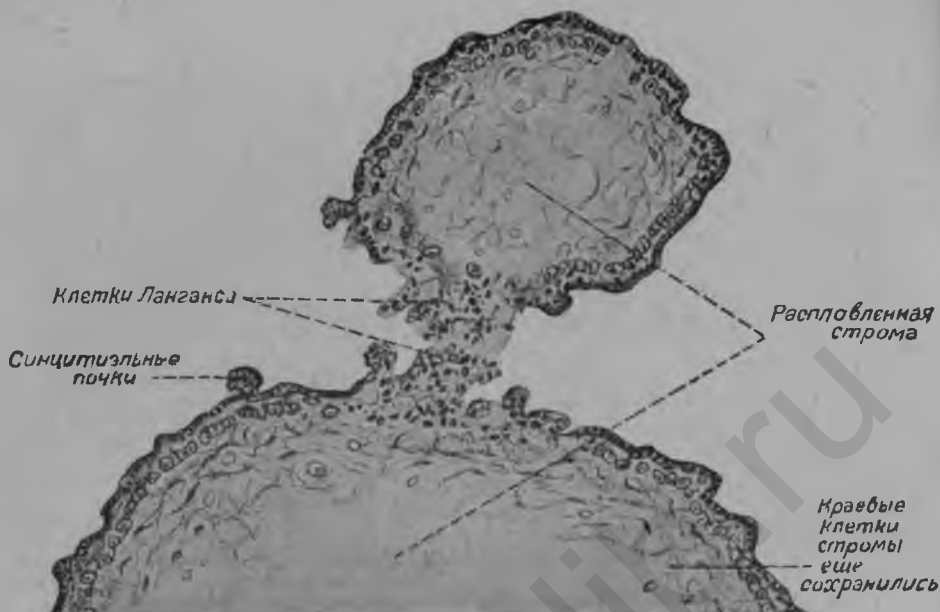
366. Нормальная ворсинка плаценты.

367. Ворсинка при пузырьном заносе с пузыреобразными расширениями.

368. Микроскопический разрез через нормальную ворсинку; синцитий (наружный эпителиальный слой) и клетки Ланганса (внутренний эпителиальный слой) расположены правильно, строма отчетливо выражена.

представляют нежные, тонкие, ветвящиеся образования, при пузырьном заносе они в общем становятся толще и массивнее и обнаруживают в различных местах четковидные пузырчатые расширения величиной с вишню (рис. 366 и 367). При микроскопическом исследовании находят, что клетки стромы отсутствуют кроме небольших остатков по краям, и строма замещена отечной студенистой массой. Напротив, клетки хорионального эпителия (синцитий и клетки Ланганса) представляются более или менее значительно разросшимися и благодаря утрате своего нормального распределения и изменению формы (образование вакуолей) сильно разбросанными (рис. 368 и 369). Ввиду того что уродливые ворсинки более не в состоянии выполнять своей биологической функции, зародыш, не получающий более питания, погибает и часто совершенно рассасывается благодаря аутолитическому процессу, когда он еще мал и нежен. В очень редких случаях поражается только часть ворсинок, тогда плод продолжает жить и даже может быть доношен до срока (частичный пузырьный занос). При выкидышах нередко находят только микроскопически обнаруживаемые намеки и начала водяночного перерождения ворсинок. При беременности двойнями в некоторых случаях наблюдалось, что одно яйцо было превращено в пузырьный занос, а другой плод был доношен до срока.

Причину образования пузырьного заноса надо видеть в первичной недостаточности яйца (овулярная теория). Недавно Хинзельман нашел при этой аномалии расстройства в развитии кровеносных сосудов. Иногда вероятно здесь оказывают некоторое влияние децидуальные изменения (госпалевия, расстройства питания). Гистологически самым удивительным, а биологически самым важным при пузырьном заносе являясь неправильная пролиферация эпителия хориона. Все свойства, нормально присущие этому эпителию, как-то: выделение триптического фермента, внедрение в ткани матери, проникновение блуждающих эктодермальных клеток в



369. Микроскопический срез через пузырьно измененные ворсинки; клетки стромы в середине разжижены, попадают лишь отдельные контурированные элементы этого рода, синцитий и клетки Лангханса отчасти разрастаются неправильно.

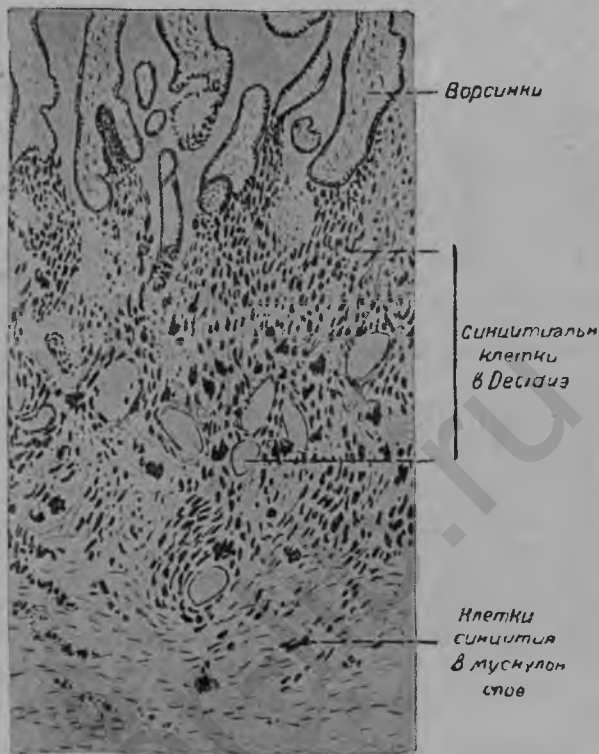
отпадающую оболочку и мускулатуру (рис. 370)—все эти свойства мы видим усиленными при пузырьном заносе. Часто эктодермальные блуждающие клетки во множестве проникают в мышечный слой, и даже пузырьки оказываются глубоко проникшими в мускулатуру.

В отдельных, к счастью редких, случаях разрушительное действие пузырьного заноса настолько велико, что его пузырьки разъедают маточную стенку целиком вплоть до брюшины и подают повод к тяжелым, часто смертельным кровотечениям наружу или в брюшную полость вследствие разрушения сосудов. Эту форму называют злокачественным пузырьным заносом, патогенетически и клинически стоящим очень близко к хорионэпителиоме.

Очень частым и интересным побочным явлением при пузырьном заносе являются двусторонние кисты яичников величиной от грецкого ореха до головки ребенка и большей частью почковидной формы. Кисты эти отличаются от всех других овариальных кист тем, что на их внутренней стенке находят более или менее сильно выраженный слой желтоватых лютеиновых клеток (Штенкель); образования эти доброкачественны и после удаления пузырьного заноса часто подвергаются обратному развитию. После беременности пузырьным заносом неоднократно наблюдались повторные зачатия и рождения здоровых детей.

Первое указание на развитие в матке пузырьного заноса дают не особенно сильные, постоянно приостанавливающиеся или перемежающиеся кровотечения или же кровянистые выделения на II—V месяцах беременности (рис. 371). Эти же симптомы нередко наблюдаются при обыкновенном угрожающем или длительном выкидыше, если только не вызываются небольшими ретроплацентарными кровотечениями по другим

причинам. Подозрение на пузырной занос усиливается, если матка кажется больше, чем должна быть по сроку беременности (напр. выше пупка при 4-месячной беременности). Затем при нем обычно не удается прощупать частей плода и не выслушивается его сердцебиение. При наличии пузырного заноса матка даже в несокращенном состоянии кажется поразительно мягкой и тестоватой, иногда можно также констатировать при ощупывании местные сокращения отдельных ее частей. У беременных с пузырным заносом неоднократно наблюдалась затем сильная рвота, очень часто находят отечность ног или общие отеки и белок в моче, т. е. симптомы, указывающие на известное отравление организма. Точный диагноз часто можно однако поста-

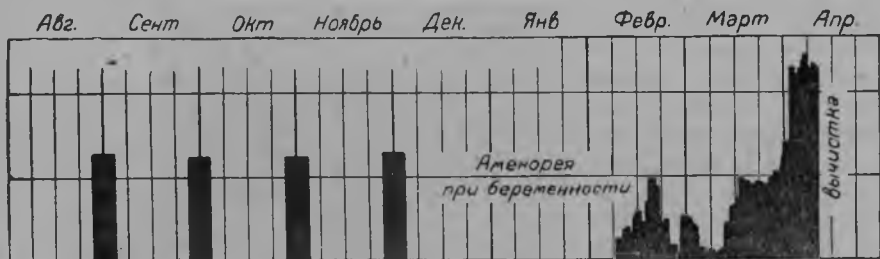


370. Синцитиальные блуждающие клетки; сверху ворсинки, из которых исходят цуги резко окрашенных, темных блуждающих клеток в отпадающей оболочке и мускулатуре матки, при нормальном яйце, при пузырном заносе клетки эти выражены еще резче.

вить только тогда, когда из матки выделяются характерные пузырьки¹.

Если нет никаких оснований для быстрого вмешательства, то мы лучше должны ожидать самостоятельного изгнания пузырного заноса, помогая лишь назначением спорыни или питуитандола; занос при этом выделяется по частям или целиком. Вмешиваться надо тогда, когда существует длительное или необычно сильное кровотечение или когда наступает заражение содержимого матки, проявляющееся в повышении температуры. В этих случаях расширяют канал шейки металлическими расширителями или небольшим резиновым баллоном, входят 1—2 пальцами в полость матки и осторожно отделяют пузырный занос при постоянном контроле со стороны дна матки. Ввиду тонкости маточной стенки и ее склонности к разрывам лучше всего избегать при этом всяких инструментов—лучше оставить в матке отдельные, крепко сидящие пузырьки, чем рисковать перфорацией ее стенки. Если после опорожнения матки в ней еще остаются отдельные пузырьки, то она проделывает

¹ Точный диагноз беременности пузырным заносом можно также поставить при помощи реакции Ашгейма-Цондека, которая указывает на гораздо большее содержание в моче беременной пролана (гормона передней доли гипофиза), чем это бывает при нормальной беременности.—В. Г.



371. Менструальные кровотечения при пузырном заносе (5-е роды у 45-летней женщины).

плохое обратное развитие, как при задержке неизменных ворсинок хориона, и кровотечение из нее не прекращается или снова появляется. В случаях, где остановить кровотечение при помощи назначения препаратов спорыньи и горячих влагалищных спринцеваний не удается и кровотечение не прекращается в течение 10—14 дней, делают выскабливание, после чего, если дело идет только о задержке пузырьков, кровь перестает выделяться. Однако больные с пузырным заносом и потом нуждаются в наблюдении врача—нередко бывает, что через больший или меньший промежуток времени кровотечение из матки снова появляется, и тогда при новом выскабливании в большинстве случаев определяют хорионэпителиому, развившуюся из пузырного заноса.

Литература

Essen-Möller, Studien über Blasenmole. Wiesbaden, Bergmann, 1912.—L. Fraenkel, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 41, S. 520.—Hinselman, Arch. f. Gyn., Bd. 114, H. 1.—Hitschmann in Halban-Seitz, Bd. VII, Teil 2.—Marchand, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 1, 1895, S. 419.—L. Seitz, Arch. f. Gyn., Bd. 77, H. 2, S. 203.—Seitz, in Döderlein Handb. d. Geb., Bd. II, S. 189, 2. Aufl.—Stöckel, Festschr. für Fritsch, S. 136, Leipzig, 1902.—Wallart, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 53, S. 36, u. Bd. 56, S. 541.

III. ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

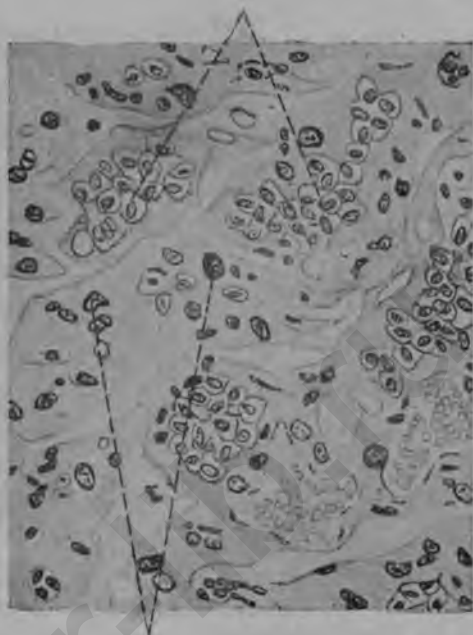
Насколько необходимо для женщин, имеющих беременность пузырным заносом, быть под наблюдением, показывает тот факт, что более 5% всех пузырных заносов переходят в хорионэпителиому. Гораздо реже это новообразование развивается после выкидышей и крайне редко—после доношенной беременности. Фейт даже высказал мнение, что во всех случаях, где развилась хорионэпителиома, раньше был пузырный занос, который только не был замечен благодаря рудиментарному развитию пузырьков.

В новейшее время похожие на хорионэпителиому опухоли наблюдались у женщин при отсутствии беременности и даже у мужчин. Первый подобный случай был описан Шлагенхауфером. Большинство этих опухолей у мужчин исходило из яичек, у женщин из яичников и в очень незначительном числе случаев из других органов. Точное гистологическое изучение новообразования в этих случаях показывало, что почти всегда в них дело шло о тератомах, которые, происходя из обособленных бластомер, сохранили способность продуцировать хорионэпителиальные образования.

Если уже возникновение хорионэпителиомы большей частью после пузырного заноса указывает на тесную связь между этими двумя заболеваниями, то гистологическое исследование учит, что там и здесь имеет место разрастание одних и тех же клеточных элементов, а именно синцития и клеток Лапханса (рис. 372); однако между ними можно подметить известное различие: при пузырном заносе кроме эпителия разрастается также и мезодермальная соединительная ткань, т. е. имеются налицо все элементы ворсинок, тогда как при хорионэпителиоме мезодермальная строма ворсинок всегда отсутствует. Далее при хорионэпителиоме в противоположность пузырному заносу синцитиальные элементы преобладают над клетками Лапханса.

Маршанд воспользовался этим различием для классификации и различает типичную хорионэпителиому, если имеются налицо оба вида клеток, и атипичную, состоящую из одних только синцитиальных клеток, причем последняя форма встречается гораздо чаще первой.

Плодовые клетки хорионэпителиомы вызывают тяжелые изменения в материнских тканях: благодаря продуктам их обмена окружающая ткань разрушается, сосуды разъедаются, наступают сильные кровотечения и образование больших кровяных сгустков. Таким образом в области имплантации яйца, т. е. на плацентарной площадке, образуются опухоли величиной от вишни до куриного яйца, с очень большим количеством крови, синеватого и сине-красного цвета, обладающие большой склонностью к разрывам. Вследствие обратного занесения в паравагинальные вены нередко получают также большие узлы в стенках влагалища, которые иногда могут быть даже больше, чем первичные опухоли (рис. 373). Бывают также случаи, где на плацентарной площадке не находят совершенно никакой опухоли или почти никакой, а существуют лишь метастазы во влагалище или в легких. Такие опухоли получают название эктопических хорионэпителиом. Они вероятно происходят из рассеянных клеток хориального эпителия, обладающих способностью к пролиферации, тогда как в самой матке остаются его элементы, не обладающие способностью к росту. Уже при физиологических условиях при беременности часто констатируется занесение в легкие хориальных эктодермальных клеток—так наз. эмболии плацентарными клетками. Эти клетки почти всегда подвергаются обратному развитию.



Синцитиальные клетки

372. Микроскопический срез из хорионэпителиомы. Разрастание синцитиальных и лапхансовских клеток.



373. Хорионэпителиома матки с метастазами в рукаве.

При хорионэпителиоме, как и при пузырьном заносе, очень часто встречаются в яичниках уже упомянутые выше кистовидные образования.

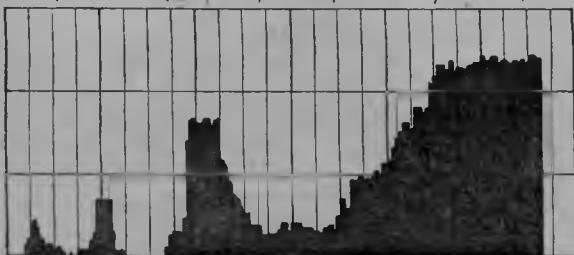
Прошло немало времени, пока мы не получили ясного представления о морфогенезе хорионэпителиомы. Сначала своеобразные клетки этой опухоли принимали за производные децидуальных элементов и потому дали ей название децидуомы (Зенгер); потом новообразование это назвали ввиду морфологического сходства клеток и клинических симптомов децидуальной саркомой (*Sarcoma deciduocellulare*); далее другие авторы считали исходным пунктом синцитиальных клеток материнский эпителий и отмечали опухоль, как синцитиальный рак (*carcinoma syncytiale*). Маршанд первый доказал, что клетки этой опухоли происходят из эпителия хориона, и ввел вполне подходящее название «хорионэпителиома»¹. Таким образом клеточные элементы хорионэпителиомы плодового происхождения и лишь вторично проникают в материнские ткани. Эта опухоль является единственным известным до сих пор настоящим новообразованием, которое, получая свое начало в плодном организме, затем проникает в организм матери наподобие возбудителей инфекции и там разрастается дальше.

Первым клиническим симптомом образования в матке хорионэпителиомы является кровотечение из половых органов. Иногда опухоль сама отторгается, как повидимому безвредный плацентарный полип, или удаляется искусственно. Кровотечения бывают с самого начала постоянными или появляются периодически, причем возобновление их наступает благодаря дальнейшему росту новообразования и разъеданию сосудов (рис. 374). Если хотят оказать своевременную помощь больной, то уже в этот момент надо установить точный диагноз на основании ми-

¹ В выяснении гистогенеза хорионэпителиом много дали работы Улезко-Строгановой.—И. Ф.

микроскопического исследования. Особенно не надо слишком медлить с пробным выскабливанием, если у больной раньше был пузырный занос. В тех случаях, где хорioniэпителиома не была своевременно распознана и удалена, больные становятся анемичными от кровотечения и кахектичными от веществ, вырабатываемых новообразованием.

Ноябрь - Декабрь Январь Февраль Март Апрель



374. Картина кровотечения при хорioniэпителиоме у 36-летней. II-рага. Пузырный занос отошел, в дальнейшем повидимому отхождение плацентарного полипа.

У них появляются метастазы в легких с кровохарканием, а также может развиваться лихорадка с ознобами вследствие внедрения септических микробов (рис. 375). Силы больных все более падают, и они большей частью в короткое время погибают при явлениях кахексии, как при заболевании саркомой или раком. Так как это клиническое течение похоже на таковое же при других злокачественных новообразованиях, то и хорioniэпителиома получила эпитет «злокачественная». Впрочем, если это название правильно для большинства случаев, то все же надо отметить, что бывают также и доброкачественные формы, излечивающиеся после одного выскабливания или даже без такового. Мало того наблюдались даже недоступные для операции случаи с метастазами по соседству с маткой и в легких, которые излечивались сами собой (Херман и др.).

Естественно пытались установить гистологическим путем дифференциальный диагноз между добро- и злокачественными формами хорioniэпителиомы. Некоторые авторы даже думали, что нашли эти признаки в форме и внешнем виде клеток и пр., однако все эти критерии до сих пор не оправдались.

При современном состоянии наших знаний мы должны в каждом случае, где установлен точный диагноз хорioniэпителиомы на основании наличия в мышечном слое типичных эктодермальных клеток без мезодермальной стромы, поступать возможно радикально и экстирпировать всю матку лучше всего абдоминальным путем. При дальнейшем выжидании жизнь женщины уже подвергается риску. Не всегда удается спасти больных и при помощи экстирпации матки—некоторые из них погибают несмотря на операцию (от метастазов)¹. Равным образом видели исчезновение опухоли или по крайней мере улучшение и замедление течения болезни от применения радия и правильно проведенной рентгенотерапии.

Литература

A s c h o f f in Lubarsch u. Ostertag,¹ *Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat.*, Jahrg. 5, 1898, Abt. 2, S. 106.—H i t s c h m a n n in Halban-Seitz, Bd. VII,

¹ Радикально ли удалена при операции хорioniэпителиома или в организме больной остались где-либо ее метастазы, об этом можно судить по результатам реакции Ашхейма-Цондека, которая в первом случае является отрицательной, во втором—положительной.—В. Г.



375. Метастазы хорионэпителиомы в легких. Больная погибла при явлениях сепсиса.

Teil 2.—K. H ö r m a n n. Hegars Beitr., Bd. 8, 1904, H. 3. S. 418, und Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 54, 1905, S. 343.—M a r c h a n d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 1, 1895, S. 419, und Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 32, 1895, S. 405 u. Bd. 39, 1898, S. 173.—R i s e l in Lubarsch-Ostertags Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat., Jahrg. 11, 1907, Abt. 2.—S c h l a g e n h a u f e r. Wien. klin. Wochenschr., 1902, Nr. 22 u. 23.

IV. АНОМАЛИИ ВОДНОЙ ОБОЛОЧКИ

1. Многоводие (Hydramnion)

Далеко не редкой и практически важной аномалией беременности является многоводие. Мы говорим о многоводии тогда, когда количество околоплодных вод значительно превосходит обычное и достигает 1—2 л. В некоторых случаях наблюдалось до 20 л жидкости.

У домашних животных, а именно у коров, также наблюдается ненормально большое количество вод. Согласно современным исследованиям плодные воды при многоводии незначительно отличаются от нормальных по своему виду и химическим свойствам.

Так как нам не вполне известен источник плодных вод в нормальных условиях и в происхождении их вероятно играют роль различные факторы, то нет ничего удивительного, если мы еще не всегда в состоянии найти причину патологического увеличения количества околоплодных вод. Вероятно важную роль в выработке нормальных околоплодных вод играет амнион, клетки которого по новейшим гистологическим исследованиям имеют характер выделительных клеток. Данные говорят

за то, что расстройства и патологические изменения эпителия амниона приводят к продукции ненормально больших количеств околоплодных вод.

Мы находим нередко гидрамнион при заболеваниях матери, которые протекают с легкими дискразическими явлениями или выделительными расстройствами, очень часто у страдающих диабетом и нефритом. При последней болезни пропитывание жидкостью иногда распространяется на плод и на плаценту. При сифилисе также иногда наблюдается многоводие.

Гораздо чаще, чем в матери, причина многоводия лежит в плоде, причем здесь играют роль всякие застои и расстройства кровообращения в плаценте (хорионангиомы), в пуповине (сильное обвитие, стеноз пупочной вены) и в самом организме плода (аномалии сердца, стеноз сердечных отверстий). Далее гидрамнион часто находят при уродствах плода с недостаточным замыканием каналов и открытых полостей тела (анэнцефалия и гемиецефалия, *spina bifida*, эктопия пузыря, волчья пасть). В этих случаях жидкость выделяется из каналов или из частей тела, лишенных эпидермиса. Многоводие может возникнуть также при непроходимости пищевода и вызываемой ею невозможности для плода проглатывать околоплодные воды.

Наибольший интерес представляет односторонний гидрамнион при однойяйцевых двойнях. В то время как у одного из близнецов имеется избыток вод, т. е. он полиамниотичен, у другого их бывает слишком мало, т. е. он олигоамниотичен. Полиамниотический плод всегда лучше развит, олигоамниотический же меньше и слабее. Особенно бросается в глаза у полиамниотического плода более значительное развитие органов кровообращения и выделения: мы находим у него как правило гипертрофию сердца, очень толстую пуповину, сильно извитые пупочные сосуды, увеличенные почки, расширенные мочеточники, сильно развитой мочевой пузырь; печень в большинстве случаев также бывает гипертрофирована. Это физическое превосходство полиамниотического плода проявляется также в том, что он имеет большую часть общей плаценты.

Гидрамнион большей частью развивается после IV и VI месяцев беременности. Объем живота беременной становится при этом гораздо большим, чем следует по сроку беременности, матка кажется поразительно тугой и растянутой, примерно как яичниковая киста; при постукивании в животе чувствуется поверхностная флюктуация, части плода прощупываются с трудом или совершенно не прощупываются и ускользают при обследовании пальцами, сердечные тоны слабы и плохо или совсем не прослушиваются. При очень сильном растяжении живота появляются отеки ног вследствие затрудненного венозного оттока и развиваются невралгические боли в крестце и в ногах. Высокое стояние диафрагмы вызывает расстройства со стороны сердца и затрудненное дыхание, которое в тяжелых случаях доходит до настоящей *orthopnoë*. Эти явления бывают наиболее сильно выражены при острой форме гидрамниона, тогда как при обычной форме, развивающейся хронически, симптомы менее бурны.

Эти трудности нахождения достоверных признаков плода и сходство объективных явлений позволяют смешать гидрамнион с овариальной кистой, но если учитывать отсутствие регул и другие вероятные признаки беременности, то большей частью можно бывает верно распознать гидрамнион. Внутреннее исследование часто подтверждает этот диаг-

нов—при нем прощупывается оттянутая вверх влагалитная часть, укороченная, разрыхленная, иногда проходима для пальца, непосредственно переходящая в флюктуирующую опухоль; снаружи типичное направление обеих круглых связок матки поверх опухоли дает опорный пункт для определения беременности. При двойнях иногда удается прощупать олигоамниотический плод и прослушать его сердечные тоны на ограниченном пространстве.

При умеренных степенях многоводия можно спокойно выждать произвольного наступления родов. Роды при многоводии часто затягиваются благодаря длительному раскрытию зева и слабости схваток. В последовом периоде вследствие перерастяжения стенок матки легко наступает атоническое кровотечение, поэтому надо всегда быть готовым к борьбе с ним. Необыкновенно часто наблюдаются здесь неправильные положения, а именно поперечное положение или ягодичное предлежание плода, так как большой объем матки и легкая подвижность плода препятствуют правильному вставлению головки. Большое число детей (приблизительно 25%) при гидрамнионе рождаются преждевременно и быстро погибает после родов.

Искусственное прерывание беременности показано лишь тогда, когда у матери появляются серьезные затруднения дыхания с явлениями *dyspnoë* или *orthopnoë*. Иногда наступает самостоятельный разрыв яйцевых оболочек. В случае необходимости мы имитируем этому процессу, прокалывая оболочки зондом, причем надо делать только небольшое отверстие, чтобы околоплодная жидкость изливалась медленно во избежание явлений коллапса у матери¹.

2. Маловодие и отсутствие околоплодных вод (*oligo-* и *anhydramnia*)

Гораздо реже, чем многоводие, наблюдается слишком скудное количество вод или даже полное отсутствие их. Причины маловодия в точности неизвестны; быть может оно стоит в связи с ненормальными свойствами амниоального эпителия². Встречаются случаи маловодия, при которых в первые месяцы беременности имеется достаточное количество вод, а всасывание их начинается только в более позднем периоде от неизвестных причин.

При исследовании таких беременных бросаются в глаза незначительное растяжение живота и тесное прилегание стенок матки к телу плода. Движения последнего бывают при этом часто болезненны, роды представляют характерные признаки «сухих» родов: маточный зев раскрывается очень медленно, схватки бывают необычайно болезненны, несмотря на наличие плодных оболочек пузырь не вставляется. Искусственный разрыв оболочек в этих случаях благодаря устранению сильного напряжения вызывает обычно значительное ослабление болей при схватках и поразительно ускоряет окончание родов. Вместе с плодом и после его изгнания воды совсем не выливаются, а выделяется только небольшое

¹ В свое время Шатц, а в новейшее время Хенкель и другие германские акушеры рекомендовали производить при многоводии извлечение околоплодной жидкости путем пункции плодного яйца через переднюю брюшную стенку.—В. Г.

² Некоторые исследователи ставят происхождение маловодия в связь с воспалительными изменениями амниона, ведущими к понижению секреторной способности амниоального эпителия.—В. Г.



376. Плод и плацента при амниальной гидрорее; маленький сморщенный плодный мешок, placenta marginata.

количество слизистой, вязкой, тягучей жидкости, часто с примесью мекония. Дети часто отстают в своем развитии от нормы, жировая клетчатка у них бывает развита плохо, кожа сухая, твердая и сильно шелушится. Нередко у новорожденных находят вследствие ограниченного объема маточной полости искривления позвоночника или конечностей (косолапость, ненормальную согнутость рук, искривление позвоночника в сторону) и следы давления на коже (утолщение кожи на ножках, кожные дефекты на лодыжках).

От этого первичного маловодия надо отличать вторичное, происходящее от того, что нормально образовавшиеся воды вытекают через разрыв плодных оболочек. Преждевременный разрыв плодного пузыря, от чего бы он ни произошел, в общем вызывает через несколько дней роды. Из этого правила бывают однако исключения, правда очень редкие: несмотря на разрыв беременность сохраняется, причем образующиеся воды вытекают из полового канала непрерывно или отдельными порциями через большие или меньшие промежутки времени. Наблюдались даже такие случаи, где благодаря закрытию расположенного высоко разрыва оболочек отхождение вод прекращалось. При тщательном осмотре родившегося последа в этих случаях можно иногда отыскать по большей части круглый разрыв с утолщенными краями, если лопание пузыря произошло не выше зева.

3. Внеоболочечное развитие плода и амниальная гидрорее беременной матки

Иногда в связи с преждевременным разрывом плодного пузыря происходит экстрахориальное, внеоболочечное или внеяйцевое развитие плода. Оно отличается от описанных выше тем, что плод остается при

этом не внутри яйцевых оболочек, а выскальзывает через разрыв вследствие их ретракции и развивается далее вне пузыря, прилегая непосредственно к внутренней поверхности маточной стенки. Диагноз такого внеяйцевого развития плода точнее всего можно поставить по виду плаценты. В то время как при вышеописанной форме плодный мешок имеет нормальную величину, здесь отмечается сильное несоответствие между величиной его и величиной плода, — плодный мешок представляет только небольшой карман, в который плод не может вместиться. Плодные оболочки имеют складчатый вид, оттянуты к слегка утолщенным краям разрыва и не могут быть отделены друг от друга. Плацента как правило всегда представляется в форме *placenta marginata* или правильнее — *pseudomarginata*, ибо происхождение ее неправильности иное (рис. 637).

Оттянутая водная оболочка, как и обычно, отделяет околоплодную жидкость, и поэтому в подобных случаях так же, как и при преждевременном разрыве плодного пузыря без выхождения плода из плодного мешка, наблюдается истечение этой жидкости из половых путей. Мы называем этот характерный симптом амниальной гидрореей беременной матки; эту гидрорею надо отличать от редко встречающейся децидуальной гидрорей. Воды при ней вытекают постоянно, или отхождение их по временам прекращается, вероятно вследствие узости маточного зева, снова начинается после телесных напряжений или травмы. Очень часто к водянистому секрету примешивается немного крови, так что появляется мысль о предлежании последа. Эти кровотечения по видимому вызываются движениями плода, причем край плаценты отслаивается плодом (Штекель). Матка бывает при этом большей частью меньше, чем это следовало бы по сроку беременности, и представляется необычно твердой и крешкой, сердечные тоны прослушиваются особенно легко и явственно благодаря скудости вод. Инфекции, которой можно было бы опасаться ввиду свободного сообщения между влагалищами и полостью матки, до сих пор в этих случаях не наблюдалось ни разу. Причина разрыва плодных оболочек еще точно неизвестна, иногда быть может ее следует искать в попытках прервать беременность.

Несмотря на несомненную незначительную возбудимость матки беременность в подобных случаях никогда не доходит до срока, — уже на VI—VII месяце преждевременно появляются схватки, вызывающие рождение плода по большей части в тазовом предлежании. Дети обнаруживают часто признаки сдавления и искривления (косолапость, сведение мышц, иногда даже анкилозы) вследствие ограничения объема маточной полости и давления со стороны маточных стенок.

Что касается лечения, то пытаются при помощи покоя и назначения малых доз опия отсрочить наступление родов до того времени, когда плод станет жизнеспособным.

4. Изолированный разрыв амниона, внеамниальное развитие плода, амниотические нити

Бывают весьма редкие случаи, когда разрывается один амнион, а хорион сохраняется (изолированный разрыв амниона), причем амнион вследствие своей эластичности сокращается и плод оказывается лежащим вне амниотического мешка и развивается далее, покрытый



Амниотические нити

Небольшой амниотический мешок

Амниотические нити

377. Экстраамниотическое развитие плода после изолированного разрыва водной оболочки; небольшой, сморщенный амниональный мешок; хорион обычной величины, различные амниотические нити (по Бару).

лишь хорионом (внеамниональное развитие плода). При родах находят хорион имеющим обычную величину, тогда как амнион представляется в виде лишь маленького сморщенного кармана или в виде обрывков и нитей вокруг пуповины (рис. 377). Внеамниональное развитие плода клинически характерно отличается от вышеописанного вшейцевого развития отсутствием гидрореи. Диагноз можно поставить только после родов по состоянию плаценты.

Причину этого изолированного разрыва амниона надо искать прежде всего в аномалиях развития последнего; обособление и отделение его от поверхности тела зародыша в раннем эмбриональном периоде здесь совершается неправильно и несовершенно, и в некоторых местах между ними остаются сращения. При более значительном накоплении амниональной жидкости сращения эти растягиваются, и в некоторых случаях происходит разрыв амниона с выхождением плода из его мешка (рис. 377); кроме того почти у всех внеамниональных плодов находят амниотические нити или их остатки. Если амнион обладает очень большой сопротивляемостью и выдерживает растягивание без лопания, то его сращения при дальнейшем развитии все более и более растягиваются, и дело доходит до образования так наз. «амниотических нитей» или симонаровских связок. Смотря по положению и растяжению связок, они могут иметь очень большое значение в развитии плода, а именно у последнего могут наблюдаться небольшие дефекты кожи, происходящие вследствие натяжения или отрыва амниотических нитей, внутриутробные ампутации отдельных членов или целых конечностей (рис. 378, 379 и 380) благодаря тонким нитям, незамыкание различных полостей тела вслед-



379. Плацента плода, изображенного на рис. 378, с амниотическими нитями.

ствие широких сращений, образование больших пупочных грыж, возникновение анэнцефалий и гемифеалий¹. К особенно значительным уродствам ведут всегда широкие сращения между плацентой и поверхностью тела плода (рис. 381).

V. НЕПРАВИЛЬНОСТИ РАЗРЫВА ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

1. Преждевременный разрыв пузыря

Приблизительно в 25% всех родов плодный пузырь разрывается преждевременно, т. е. в такое время, когда еще не наступили ясно ощущаемые схватки или маточный зев еще не раскрылся вполне. При совершенно нормальных условиях, как известно, пузырь разрывается лишь при полном открытии зева. Чаще всего мы встречаем преждевременный или ранний разрыв пузыря при тех состояниях, при которых не происходит правильного вставления головки, т. е. при узком тазе, при косых положениях, при ненормально плотном маточном зеве и при рубцовой измененной шейке; играет также некоторую роль в преждевременном разрыве пузыря необычная непрочность плодных оболочек². Значение преждевременного или раннего отхождения вод для течения родов надо рассуждать различно. В общем оно для дальнейшего течения родов является несущественным, если головка уже стоит низко в тазу и препятствует дальнейшему истечению вод. Однако оно может оказаться роковым, если предлежащая часть недостаточно плотно вставилась, так как в результате этого могут быть выпадения пуповины или мелких частей плода, более или менее полное истечение всех вод и малая подвижность плода, проникновение микробов из влагалища в стерильную полость матки и вследствие этого заражение матери. При оценке этого обстоятельства не надо забывать, что та аномалия, которая чаще всего приводит к преждевременному разрыву пузыря, а именно сужение таза, клинически гораздо важнее, чем разрыв пузыря сам по себе, и поэтому при лечении должна приниматься во внимание в первую очередь.

Уже из всех возможных вредных последствий преждевременного разрыва пузыря вытекает, что надо воздерживаться от могущего вы-

¹ В отдельных случаях амниотические нити могут, обвиваясь вокруг пуповины, обуславливать странгуляцию пуповины, ведущую к смерти плода. Такой именно случай был в новейшей литературе описан Шейдером в Вене. В русской литературе два подобных же случая были описаны Львовым.—В. Г.

² Исследования, произведенные в лаборатории Казанской университетской акушерско-гинекологической клиники д-ром Кудашевым, свидетельствуют однако, что гистологическое строение плодных оболочек и воспалительные изменения их не играют большой роли во времени разрыва пузыря при родах.—В. Г.



378. Самопроизвольная ампутация ноги благодаря амниотическим нитям (по Фюрсту).

звать повреждение пузыря неосторожного внутреннего исследования, особенно при узком тазе и при неправильных положениях плода, а также от преждевременного искусственного разрыва его, который производится в практике слишком часто, особенно акушерками. Искусственный разрыв пузыря должен быть производим лишь по определенным показаниям, напр. с целью фиксирования головки, если последняя упорно обнаруживает стремление отклониться в сторону, или при краевом предлежании плаценты—для того чтобы опустившаяся головка, сдавливая плаценту, прекратила новое кровотечение. Иногда разрыв пузыря может быть в тех довольно редких случаях, когда роды протекают медленно при умеренно сильных схватках и малом количестве вод, пузырь недостаточно отделяется от головки и даже во время схваток не выпячивается, оболочки очень плотны и схватки необыкновенно болезненны. Если в таких случаях зев открыт по крайней мере на 3 поперечных пальца, его края не слишком толсты и головка стоит плотно во входе, то часто после разрыва пузыря схватки становятся менее болезненными, маточный зев раскрывается лучше и роды идут быстрее.

2. Поздний разрыв плодного пузыря

Если после полного раскрытия зева пузырь не разрывается, сильно выпячивается во влагалище или даже бывает виден в половой щели,



380. Перетяжки и ампутации пальцев вследствие амниотических тяжей (32-летняя Шара).



381. Урод. Широкие сращения амниона в области плаценты с головкой, большая пупочная грыжа.



382. Центральное прикрепление пуповины.

то мы говорим о запоздалом разрыве пузыря. Причину этой неправильности надо искать в ненормальной плотности и прочности плодных оболочек, иногда же она лежит в слабости схваток. Так как пузырь после полного открытия зева является сыгравшим свою роль¹, а сильно напряженные плодные оболочки задерживают ход родов, то пузырь надо разорвать искусственно, что удается сделать пальцем во время схватки, а при очень плотных оболочках корнцангом или ножницами. Рекомендуется не делать при этом слишком большого разрыва, чтобы воды могли оттекать медленно. Если пузырь в таких случаях не будет разорван искусственно, то может случиться, что плодные оболочки разорвутся

лишь при изгнании плода в области его грудной клетки и ребенок родится с шапочкой из оболочек на голове—так наз. «чепец счастья» («рождение в сорочке»). Старое суеверие видело в этом особенно счастливое предзнаменование для ребенка. На самом деле эта «шапочка счастья» представляет для ребенка большую опасность,—он может задохнуться, если только оболочки не будут разорваны немедленно после его рождения.

Когда разрыв пузыря происходит не в области маточного зева, а в более удаленном от него месте, то мы говорим о высоком его разрыве. Тогда на головке при исследовании прощупываются по большей части слабо напряженные оболочки несмотря на отхождение вод. Если эта часть пузыря снова наполнится передними водами, то несмотря на высокий разрыв образуется опять настоящий пузырь и может произойти вторичное отхождение вод (двойной разрыв пузыря).

Иногда случается, что вследствие воспалительного процесса плодные оболочки бывают весьма плотно приращены в области внутреннего зева. Тогда нижний полюс яйца не может правильно растягиваться, схватки остаются плохими, и зев не раскрывается вполне. В таких случаях рекомендуется отделить его от зева пальцем при помощи легкого давления, по возможности щадя пузырь.

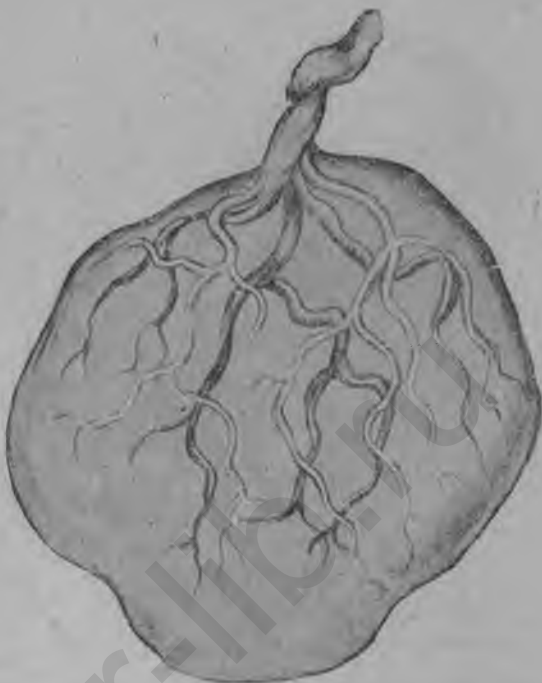
VI. АНОМАЛИИ ПУПОВИНЫ

1. Варианты и аномалии прикрепления

Лишь в редких случаях пуповина отходит от центра плаценты,—гораздо чаще она прикрепляется эксцентрично, иногда к самому краю плаценты (рис. 382 и 383); в последнем случае мы говорим о краевом

¹ Оставаясь неразорванным, плодный пузырь может способствовать при последующих сокращениях матки частичному отделению последа от своего ложа.—И. Ф.

прикреплении пуповины. Эти вариации в прикреплении пуповины имеют некоторое практическое значение при определении длины пуповины (рис. 384). Гораздо важнее однако оболочечное прикрепление, при котором пуповина оканчивается не у плаценты, а в оболочках, и, для того чтобы достигнуть плаценты, ее сосуды должны на большем или меньшем протяжении пройти между обеими оболочками — амнионом и хорионом, без вартоновой студени. Во время родов при глубоком опущении головки может легко произойти в таком случае сдавливание сосудов, и вследствие этого — внезапная асфиксия или смерть плода¹. Еще чаще в подобных случаях при лопании пузыря может разорваться один из сосудов пуповины, что в большинстве случаев приводит к истечению ребенка кровью.



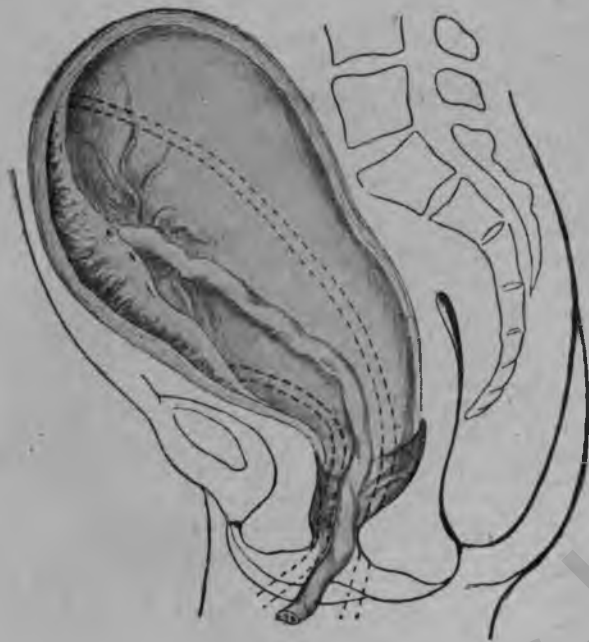
383. Краевое прикрепление пуповины.

Относительно происхождения различных вариаций прикрепления пуповины, особенно относительно оболочечного прикрепления, были предложены различные теории, но и до сих пор ни одной из них не удалось вполне объяснить их этиологии. Причина этого лежит в трудности получить вполне нормальное человеческое яйцо в самом раннем эмбриональном периоде. Наиболее правдоподобным является предположение, что в происхождении оболочечного прикрепления пуповины решающую роль играет первичное положение зародыша в яйце. Предполагают, что при этом к месту прививки яйца бывает обращена задняя сторона зародыша, а не брюшная, как обычно. Вентрально развивающиеся из алантоиса пупочные сосуды тогда попадают сначала в область гладкого хориона и завороченной отпадающей оболочки и лишь позднее, не встречая здесь достаточного питания, проникают в область ворсистого хориона (*chorion frondosum*) и запоздалой отпадающей оболочки (*decidua serotina*).

2. Ненормально короткая и ненормально длинная пуповины

Обычная длина пуповины — около 50 см. Если она бывает несколько короче, то это не имеет никакого значения для родов. В зависимости от места прикрепления плаценты (чем ниже она прикреплена в этом случае, тем лучше), а также от способа прикрепления пуповины (рис. 384) даже сильно укороченная пуповина оказывается достаточной и не препятствует выходу плода из родового канала. Но это возможно только в ограниченных пределах. Пуповина становится абсолютно

¹ Чтобы распознать до родов обвитие пуповины вокруг шейки плода, Блюх рекомендует положить ладонь руки на лобок, тремя средними пальцами надавливать на шейку плода. Если пуповина обвита вокруг шейки, то при этом она сдавливается, что сейчас же отражается на сердцебиении ребенка, определяемом путем аускультации. — В. Г.



384. Значение места прикрепления пуповины для длины последней. При прикреплении к нижнему краю плаценты пуповина, имеющая в длину 40 см, простирается столь же далеко, как прикрепляющаяся центрально пуповина в 50 см и прикрепленная к верхнему краю пуповина в 60 см.

Чрезмерная короткость пуповины обнаруживается только во время родов. При значительном укорочении ее там и сям на месте прикрепления плаценты видны конусовидные вытягивания маточной стенки вследствие влечения со стороны пуповины. Иногда дело доходит до частичной отслойки плаценты и затем до умеренного кровотечения из половых органов; еще чаще при этом имеют место неправильные и ненормальные болезненные схватки. Самым важным симптомом является здесь однако затруднение опущения предлежащей части и изгнания тела плода. Если у многогородящей с растяжимыми мягкими частями родового канала изгнание плода происходит с трудом, и головка еще перед полным прекращением схватки снова отходит высоко кверху, как бы влекомая неизвестной силой, то в высшей степени вероятно, что здесь имеется слишком короткая пуповина (рис. 385 и 386). В таких случаях надо крайне внимательно следить за сердечными тонами плода: часто находят, что непосредственно после ослабления схватки они очень замедляются или совершенно исчезают и лишь очень медленно приходят в норму; тогда надо приготовить все для наложения щипцов. Легко может случиться, что нарастающее вследствие натяжения пуповины затруднение кровообращения при дальнейшем продвижении головки или при более сильных схватках станет еще значительнее и длительнее, вследствие чего сердце-

слишком короткой, если ее длина равна 30—35 см при высоком прикреплении плаценты и 20 см при низком.

Кроме этой абсолютной короткости пуповины бывает еще относительная, о которой мы говорим тогда, когда пуповина обычной длины укорачивается благодаря однократному или многократному обвитию вокруг плода. Относительная короткость пуповины встречается гораздо чаще, чем абсолютная, и потому имеет гораздо большее практическое значение. По своему влиянию на течение родов и на плод оба вида укорочения одинаковы.

Полное отсутствие пуповины, наблюдавшееся в единичных случаях, встречается только при пороках развития—тогда плацента и яйцевые оболочки как правило бывают тесно сращены с частью тела плода, а это ведет к их растяжению и к образованию открытых полостей (meningocele, обширные грыжи живота).

биение плода в течение всей паузы между схватками будет все реже; тогда спасти ребенка может лишь быстрое родоразрешение при помощи щипцов. Если тщательно не следить за сердцебиением плода, то может случиться, что врач будет крайне изумлен появлением на свет только что умершего ребенка. При извлечении плода щипцами иногда ясно можно бывает подметить сопротивление со стороны пуповины. Если последняя настолько коротка, что после рождения головки туловище плода не может следовать за ней, рекомендуется перерезать пуповину между двумя зажимами.

Иное значение имеет чрезмерно длинная пуповина: такая пуповина в большинстве случаев мало влияет на течение родов, ее значение заключается гораздо более в том, что она обуславливает предрасположение к другим аномалиям пуповины, среди которых надо назвать обвития ее, истинные узлы и выпадение пуповины.

Из наблюдавшихся до сих пор длинных пуповин наибольшая достигала 3 м в длину (Шнейдер).

3. Обвития пуповины и истинные узлы ее

Если хотят выяснить механизм происхождения обвитий пуповины и образования ее узлов, для этого удобнее всего взять случаи обвития пуповины у двойцев двойней с общим амнионом—так наз. моноамниотических двойней. При этом очень редком виде двойней условия для образования обвитий наиболее благоприятны, так как оба плода помещаются в одном амниотическом мешке без перегородки. Частью благодаря активным движениям плодов частью вследствие их пассивных перемещений, вызываемых сокращениями матки, силой тяжести и другими моментами, почти всегда происходят перекрещивание и перепутывание пуповин, которые в конце концов превращаются в нераспутываемые повидимому клубки, что во многих случаях приводит к затруднениям кровообращения и к смерти обоих плодов.



385. Пуповина, обвитая вокруг шейки плода. Пауза между схватками. Головка в верхней части таза. Пуповина достаточной длины, слегка извита.



386. Сильная схватка, головка в выходе таза, пуповина сильно натянута, циркуляция крови в ее сосудах затруднена или совершенно прекратилась.



387. Плацента моноамниотических двойней с сильно извитыми пуповинами и образованием истинных узлов.



388. Простой истинный узел пуповины.

Рис. 387 представляет такой случай, где у совершенно здоровой женщины произошла гибель обоих плодов на VII месяце беременности вследствие запутанного обвития пуповины. По самой природе вещей более простые формы обвития пуповины имеют место у одиночных плодов. Чаще всего — приблизительно один раз на каждые 5 родов — находит обвитие вокруг шейки плода. Обычно оно бывает однократным, однако наблюдались случаи с 5—9-кратным обвитием. Реже находим обвитие пуповины только вокруг ножки, ручки или головки или в комбинации с обвитием вокруг шейки. Если обвитие очень тугое, то дело может дойти до отщурования обвитой части. Таким образом происходят отщурования (ампутации) конечностей и переломы костей. В то время как подобные случаи представляют однако редкость, повреждения ребенка вследствие обвития пуповины вокруг его шейки бывают очень частым явлением. Нет никакого сомнения, что при многократном и плотном обвитии шейки кровообращение в мозгу вследствие сжатия вен шеи страдает и могут возникнуть явления застоя с выпячиванием глаз, в особенно тяжелых случаях — даже самоудушение плода. Практически гораздо важнее этих явлений однако сжатие самой пуповины и ее сосудов. Оно происходит, как было уже упомянуто выше, вследствие относительной короткости и напряжения самой пуповины, а также вследствие непосредственного сдавливания пупочного канатика между затылком плода и симфизом и в других местах.

Сжатие сосудов происходит особенно легко в тех случаях, когда пуповина толста, в ней есть ложные узлы, она образует перекрещивающиеся петли и т. д. Во время родов сжатие сосудов пуповины сказывается изменениями сердечных тонов плода, причем здесь надо выполнять те же правила, о которых говорилось выше, при разборе короткости пуповины.

После рождения головки излишне выяснять, имеется ли здесь дело с обвитием пуповины вокруг шейки, а также освобождать пуповину через плечико, что неоднократно рекомендовалось, так как в этой стадии родов обвитие пуповины не может повредить ребенку (Шульце).

При обвитиях пуповины относительно часто выслушивается резко выраженный шум ее.

Такое же происхождение, как обвитие пуповины, имеют и ее истинные узлы. Здесь существует лишь то различие, что при образовании истинных узлов они завязываются вследствие однократного (простые узлы), двукратного (двойные узлы) или многократного проскаль-



389. Двойной истинный узел пуповины.

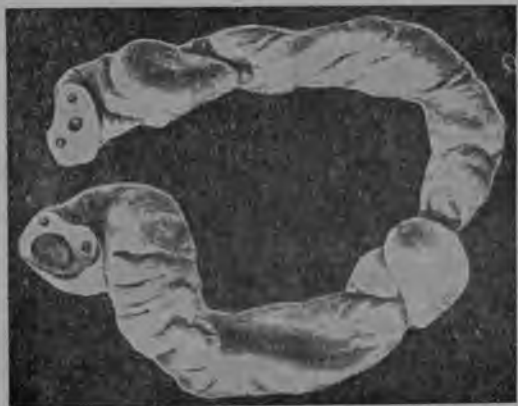
зывания плода через петли пуповины (рис. 388 и 389). Затягивание петель происходит обычно лишь во время родов; иногда при изгнании плода можно бывает видеть, как вначале широкие петли пуповины становятся все уже и в конце концов превращаются в более или менее плотные узлы. Лишь очень редко уже во время беременности дело доходит до тугого затягивания узлов. При долговременном существовании последних может произойти соединительнотканная фиксация петель. Осложнения для плода или его смерть при истинных узлах пуповины являются редкостью.

Если ребенок с узлом пуповины родился мертвым, то узел нельзя считать причиной смерти, — он может образоваться гораздо ранее смерти плода, особенно в первое время беременности, когда количество вод относительно велико и пассивные перемещения плода значительны. Если узел был причиной смерти, то в части пуповины между ним и плацентой находят ясное расширение пупочной вены (рис. 390).

От истинных узлов пуповины надо отличать так наз. ложные узлы, под которыми разумеют большие скопления вартоновой студени (*nodi spurii gelatinosi*) или разветвления пупочной вены (*nodi spurii vasculosi*) (рис. 391). Они так же, как и перекручивания пуповины, имеют незначительное практическое значение. Перекручивания пуповины обычно имеют место при мертвых плодах вследствие повторного скручивания и могут привести даже к полному откручиванию пупочного канатика. До сих пор еще точно не установлено, может ли произойти перекручивание пуповины при живом плоде и тем самым вызвать его смерть.

4. Предлежание и выпадение пуповины

О предлежании (рис. 392) пуповины мы говорим тогда, когда при внутреннем исследовании через плодные оболочки, т. е. при целых водах,



390. Ребенок умер вследствие затягивания пуповины в истинный узел, в плацентарном конце узла имеется сильное расширение пупочной вены (по Штеккелю).

пуповина прощупывается впереди предлежащей части. Если же плодный пузырь уже разорван и пуповина лежит в маточном зеве, во влагалище или в вульве, то тогда имеется выпадение пуповины. Для различия между предлежаниями и выпадением пуповины главное значение следовательно имеют сохранность или разрыв плодного пузыря.

Выпадение пуповины всегда возникает при недостаточной закупорке нижнего сегмента матки предлежащей частью плода. Если головка глубоко вступила в таз, как то бывает при нормальных

условиях у первородящих в начале родов, то она плотно закупоривает его просвет, и выпадение пуповины становится невозможным. У много-родящих вставление головки в начале родов бывает менее плотным, и поэтому мы у них наблюдаем выпадение пуповины в 4—6 раз чаще, чем у первородящих. Чем менее объемиста предлежащая часть плода, тем скорее может произойти выпадение пуповины; поэтому оно гораздо чаще бывает при ягодичных, ножных предлежаниях и небольших двойнях, а также представляет очень частое явление при поперечном положении, где в начале родов закупорки выхода в таз совершенно не бывает. По тем же причинам выпадение пуповины часто осложняет сужения таза. Равным образом предрасполагают к нему опухоли полового канала, низкое положение плаценты и краевое прикрепление пуповины.

Выпадение пуповины как правило наступает в момент отхождения вод. вследствие недостаточной закупорки нижнего сегмента матки при разрыве плодного пузыря из него изливается масса вод, и вместе с ними увлекается быстро пуповина; реже она опускается мало-помалу. Из этих данных вытекает, что во всех случаях с недостаточной закупоркой нижнего сегмента родового канала надо помнить о возможности выпадения пуповины при отхождении вод. Поэтому в Германии требуется, чтобы акушерка производила внутреннее исследование при каждом родах после отхождения вод для того, чтобы сразу распознать выпадение пуповины. Не заметить его при вагинальном исследовании едва ли можно. Извитой круглый, по большей части еще пульсирующий пупочный канатик в виде единичной петли или большого клубка легко прощупывается и распознается даже неопытным лицом; скорее могут быть диагностические затруднения при предлежании пуповины, так как здесь последняя легко ускользает при дотрагивании до нее исследующим пальцем. Чтобы исключить выпадение пуповины после отхождения вод, в большинстве случаев нет даже необходимости во внутреннем исследовании, а достаточно бывает следить за сердцебиением плода. Иногда после отхождения вод—именно в тех случаях, когда они обильны и схватки сильны,—случается, что и без выпадения пуповины



391. Ложный сосудистый узел пуповины (по Хиртлю).

вследствие внезапного уменьшения объема матки сердечные тоны плода на короткое время несколько замедляются. Такое замедление безопасно и быстро исчезает после выравнивания кровообращения в маточно-плацентарных сосудах. Если однако вместе со схваткой и особенно непосредственно после нее наступает значительное замедление сердечных тонов, причем они снова выравниваются лишь спустя продолжительное время, в промежуток между схватками, и это явление снова повторяется при следующей схватке, то следует заподозрить выпадение и сдавливание пуповины. В таких случаях надо проверить диагноз при помощи вагинального или ректального исследования.

Выпадение пуповины почти всегда означает также и ее сдавление. Лишь в очень небольшом числе случаев при особенно благоприятных условиях, напр. при небольшом плоде, широких мягких частях, очень быстром течении родов, выпадение не сопровождается серьезным сдавливанием пуповины, во всех же остальных случаях жизни плода угрожает опасность вследствие сдавливания пуповины, большей частью, хотя и не всегда, тотчас же после разрыва пузыря. При преждевременном отхождении вод, когда схватки являются еще слабыми, проходит несколько часов, пока обнаруживается опасность для плода, сигнализируемая замедлением сердечных тонов. Опасность эта возникает, когда начинаются схватки, ибо тогда пуповина сдавливается между предлежащей частью, с одной стороны, и тазом и мягкими родовыми путями — с другой. В промежутке между схватками сдавливание сначала прекращается, но затем при глубоком вставлении предлежащей части оно становится длительным, пульсация пуповины замедляется, ослабевает, а в конце концов совершенно прекращается, причем в большинстве случаев через 5—10 минут после прекращения пульсации прекращается и сердцебиение плода и наступает его смерть.

Выпадение пуповины настолько опасно для ребенка, что при этой аномалии погибает приблизительно половина детей. В последнее время, правда благодаря улучшению методов лечения, смертность несколько понизилась, но все еще остается ужасающе высокой. Матери выпадение пуповины ничем не грозит, — она может пострадать иногда лишь вторично вследствие часто бывающего здесь необходимым оперативного вмешательства.



392. Предлежание пуповины, пузырь цел, пуповина еще не прижата.

жит слева, то беременная кладется на правый бок, куда отклоняется также и головка. Если удастся сохранить пузырь до полного открытия зева, тогда входят рукой во влагалище, разрывают пузырь и одновременно наружной рукой вдавливают головку глубоко во вход в таз. Раз это удастся сделать без выпадения пуповины и сердечные тоны остаются хорошими, то выжидают произвольных родов. Иначе обстоит дело, если при разрыве пузыря выпала пуповина или если сильное замедление сердцебиения плода укажет на более значительное сдавливание пуповины; тогда необходимо немедленно сделать поворот и извлечь ребенка, так как это единственный шанс на его спасение.

Гораздо труднее условия, если воды отходят еще при малом открытии зева и вместе с ними выпадает пуповина. Прежде в подобных случаях пытались заправлять пуповину за лежащую часть рукой или специально предназначенным для этой цели инструментом, так наз. репозиторием. Однако опыт учит, что такое заправление обычно удается с трудом или остается безуспешным и что оно большей частью сопряжено с сильным сдавливанием сосудов пуповины и после него снова получается выпадение последней несмотря на изменение положения роженицы или вдавливание головки. Поэтому в большинстве таких случаев целесообразно сделать поворот при зеве, проходимом для 2 пальцев, по Бракстон-Гиксу, и низвести ножку во влагалище. При таком повороте пуповина в большинстве случаев сама собой отходит кверху, или же, если это произошло лишь в незначительной степени, отодвигается еще выше после поворота на ягодицы; ягодицы плода при этом выполняют маточный зев, и петля пуповины больше не может выпасть, хотя конечно всегда существует опасность, что пуповина будет придавлена где-либо в верхнем отделе. О таком сдавливании можно думать, если после поворота сердечные тоны останутся плохими в течение долгого времени. Врач несмотря на опасность для плода никогда не должен соблазняться попыткой спасти ребенка форсированным извлечением. Такая попытка слишком

Профилактика и лечение. Если при целых водах предлежит пуповина, то нашей задачей является предупредить ее выпадение. Так как при целых водах лежащая пуповина почти никогда не сдавливается и плоду почти никогда не грозит опасность, то мы прежде всего стараемся при этом насколько возможно сохранить пузырь и сместить пуповину из области маточного зева путем изменения положения роженицы. Для этого последнюю укладывают со слегка приподнятым тазом на сторону, противоположную пуповине, т. е. если она предле-

опасна вследствие возможности глубоких разрывов шейки и лишь редко спасает жизнь ребенка; поэтому лучше выжидать произвольного изгнания плода. Само собой разумеется, что такого же правила надо держаться и в тех случаях, где плод уже погиб. От этого правила при узком тазе и живом плоде можно отказать только в клинике, — там можно расширить маточный зев при помощи вагинальной гистеротомии и тем спасти ребенка, или же произвести кесарское сечение.

Если пуповина выпадает при полном или почти полном открытии зева, то самое лучшее — сделать поворот с последующим извлечением плода.

Относительно техники заправления пуповины надо сказать следующее:

Роженица помещается в коленно-локтевое положение или же, если вмешательство производится под наркозом, то в положение с приподнятым тазом на подложенной подушке. После этого вводит руку во влагалище, крепко захватывают выпавшую петлю пуповины и возможно быстро заправляют ее кверху за предлежащую часть, если возможно, за ножку или ручку плода; затем рука вынимается снова не с той стороны, куда она была введена, а с противоположной стороны предлежащей части. После заправления роженица укладывается на сторону, противоположную той, с которой выпадала пуповина, причем тщательно следят за сердечными тонами плода. При предлежании целого клубка петель пуповины их лучше завернуть в стерильную марлю, после чего клубок заправляется в матку вместе с марлей и позднее изгоняется вместе с плацентой (Хенне)¹.



393. Выпадение пуповины. Пузырь разорван. Пуповина во время схватки сдавливается.

5. Повреждение пуповины

В общем легко выяснить, была ли пуповина разрезана как следует ножницами или насильственно разорвана: в первом случае плоскость разреза имеет гладкие, ровные края, в последнем она неправильно бахромчата, расположена вкось, часто один из сосудов выдается на ней

¹ Еще раньше этот способ предложил у нас Соловьев.—И. Ф.



394. Разрывы пуповины.

a—насилственно разорванная пуповина; *b*—перезанная пуповина; *c*—коленчато перезанная пуповина (по Штенкелю).

больше (рис. 394). Произвольный отрыв пуповины наблюдается иногда при ненормальной короткости ее. Немедленное зажимание отрезка пуповины, идущего к ребенку, предохраняет последнего в таком случае от истечения кровью. Предрасположение к отрывам пуповин существует при стремительных родах с падением ребенка,—такие отрывы происходят приблизительно в 25% подобных родов. Удивительно, что разрыв пуповины не бывает еще чаще, так как эксперимент показывает, что достаточно тяжести около 1 000 г, чтобы разорвать пуповину при падении с высоты 25—50 см. Редкость разрывов пуповины при стремительных родах объясняется тем, что совершенно свободное падение ребенка бывает редко,—обыкновенно роженица невольно принимает позу на корточках, и ребенок проходит между бедрами, причем падение его замедляется и ослабляется растянутым между ними платьем. В некоторых случаях такого рода пуповина не рвется, а плацента отслаивается и рождается вместе с ребенком.

При осмотре разрыва пуповины нельзя бывает решить, произошел ли он произвольно или сделан насильственно. Поэтому в судебно-медицинских случаях при подозрении на детоубийство можно сказать что-нибудь

определенное только при достаточном знании всех обстоятельств.

Иногда наблюдаются частичные повреждения пуповины. Легче всего разрывается податливая вартонова студень, более устойчивым является амниональное влагалище, наибольшее же сопротивление оказывают сосуды. При изолированном повреждении последних может произойти очень значительная гематома пуповины.

Крайне редко наблюдались настоящие новообразования пуповины—по большей части ангиомы или саркомы. Пока еще точно не установлено, являются ли они клинически действительно злокачественными.

Литература

Stoeckel, Winckels Handb. d. Geb., Bd. 2, Teil 3, S. 1483, Wiesbaden, 1905.—Zangetmeister, Münch. med. Wochenschr., 1920, Nr. 48, S. 1378.

VII. АНОМАЛИИ ПЛОДА

1. Ненормально большие и гигантские дети

Мы говорим о ненормально крупных детях, если их вес превышает 4 000 г, и о детях-великанах, если он превосходит 5 000 г. Хотя при этом длина ребенка тоже увеличена, но не в такой мере, как вес тела. Крупные дети встречаются относительно часто, а ребенок-великан приходится 1 на 5 000 родов.

Самый крупный из детей был в 11 300 г весом и 70 см длиной¹; ребенок одной великаниши весил будто бы 10 773 г при росте в 76 см; однако эти факты не вполне достоверны. В немецкой литературе наиболее крупный ребенок описан Мартином;—он весил 7 470 г без мозга и крови; Альфельд мог собрать из 90 случаев рождения детей-великанов, весивших более 6 000 г.

Опыт учит, что в общем вместе с количеством родов повышается и вес рождающихся у женщины детей; поэтому рождение детей-великанов наблюдается преимущественно у пожилых повторно- и многородящих. Несомненно часть ненормально крупных детей принадлежит к переносимым; однако продолжительность перенашивания в большинстве случаев слишком незначительна, чтобы ею одной можно было объяснить чрезмерную величину и гигантский рост детей. Известную роль играет здесь также наследственность, почему у больших и крепких родителей дети в общем бывают более крупными. Недостаток движения, чрезмерное питание, тучность матери также благоприятствуют развитию чрезмерно больших плодов; однако все это—только предрасполагающие моменты. С тех пор, как мы стали более осведомлены относительно причин внутриутробного гигантского роста, а также относительно происхождения известных форм ожирения, мы должны допустить, что и при внутриутробном гигантском росте решающую роль в усиленном развитии плода играет работа заведующих ростом эндокринных желез, а именно гипофиза вместе с щитовидной железой и половых желез, а также повышенная функция плаценты как органа питания.

Так как матери ненормально крупных детей по большей части бывают крепкого сложения и обладают необычайно широким тазом, то роды у них нередко протекают без особых затруднений. В общем же, чем больше размеры ребенка, тем более значительны бывают и затруднения при родах.

Роды, особенно период изгнания, в большинстве случаев тянутся дольше, большая и крепкая головка детей-великанов конфигурируется очень плохо и медленно. Мягкие части растягиваются более сильно, почему чаще наблюдаются разрывы шейки, иногда распространяющиеся на нижний сегмент матки, и разрывы промежности, в послеродовом периоде нередко происходят атонические кровотечения. Часто также наблюдается смерть ребенка вследствие длительности родов и сильного сдавления тела плода. Высшей границей для рождения живого ребенка можно считать вес в 7000 г. Если в конце концов головка благополучно родится, то широкие плечики, объем которых как правило бывает больше объема головки и может доходить до 40 и более сантиметров, могут задержаться несмотря на все попытки их извлечь. Если ребенок жив, то в таких случаях рекомендуется зайти пальцем за лежащее кзади плечико, низвести ручку, затем извлекать туловище за головку и за ручку; если извлечение оказывается при этом все-таки невозможным, тогда надо свести и переднюю ручку, даже не считаясь с опасностью переломить ее. Если ребенок мертв, тогда уменьшают объем его плечиков при помощи клейдотомии. При склонности у женщины к развитию ненормально крупных или гигантских детей можно, хотя в большинстве случаев с сомнительным успехом, попытаться помешать чрезмерному развитию плода диетой или вызвать искусственные преждевременные роды. При еще асептическом состоянии родового канала может идти речь и о кесар-

¹ Случай этот был описан Ортега. Еще крупнее был плод, описанный Кранцем и весивший 11,5 кг.—В. Г.

ском сечении, если исследования и течение родов указывают, что другим путем нельзя сохранить жизнь плода.

2. Общая водянка плода и плаценты

Наиболее характерным явлением при этом состоянии является общая водянка подкожной клетчатки. Особенно сильно поражается всегда кожа головы и живота; на руках и ногах иногда водянка может почти совершенно отсутствовать, зато часто находят скопления жидкости в грудной и брюшной полостях; плацента, которая в большинстве случаев также принимает участие в заболевании, представляется бледно-красной, необычайно объемистой, весит часто 1 500—2 000 г, т. е. в 3—4 раза больше нормального. Вследствие сильного набухания подкожной клетчатки дети приобретают странный вид; по большей части они умирают во время родов, если же рождаются живыми, то как правило погибают через несколько часов. Можно считать, что 1 случай общей водянки приходится на 5 000 родов.

Э т п л о г и я данной аномалии не совсем ясна. В некоторых случаях можно думать о механических препятствиях для циркуляции крови и лимфы; сифилис не играет здесь никакой роли или играет только второстепенную. Так как приблизительно в $\frac{1}{3}$ всех случаев находят альбуминурию и отеки у матери и так как приблизительно столь же часто имеет место избыточное количество околоплодных вод, то во многих случаях есть основание думать о токсическом влиянии, исходящем от матери. За это предположение говорят также изменения в кроветворных органах (увеличение печени и селезенки с изменениями кроветворных участков), а также изменения картины крови (необычно большое количество ядерных эритроцитов, увеличение числа эозинофилов).

При рождении плодов с общей водянкой часто требуется помощь акушера вследствие их большого объема. Извлечение щипцами или экстракция плода за ножки иногда представляют затруднения, так как отечные ткани являются очень податливыми и легко отрываются от твердых частей. Иногда при этом происходят отрывы целых конечностей или головки. Большая отечная плацента отделяется от матки с трудом и часто делает необходимым ручное выделение, при котором рука извлекает все новые, как будто неистощимые массы плацентарной ткани.

Литература

W. F i s c h e r, Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 9.—F r a n c k - A l b r e c h t Handb. d. tierarztl. Geburtsh., Berlin, 1914, S. 416.—L a h m, Archiv f. Gyn., Bd. 102, 1914, H. 2.—N i j h o f f, Zentralbl. f. Gyn., 1911, Nr. 22.—S c h r i d d e, Münch. med. Wochenschrift, 1910, Nr. 8 und Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 432.—S e i t z in Doderleins Handb. d. Geb., Bd. 2, S. 178.

3. Внутриутробная смерть и посмертные изменения плода

Если плод умирает от какой-либо причины во время беременности, то нередко случается, что схватки сначала отсутствуют и плод задерживается в матке на больший или меньший срок (задержка мертвого плода). При смерти плода иногда у матери появляется субъективное ощущение в форме легкого познабливания, сладковатого вкуса во рту и плохого аппетита. Движения плода прекращаются, сердечные тоны более не про-



395. Начинаяющаяся мацерация плода второй степени; кожа отходит большими лоскутьями, пуповина студенисто изменена. VII месяц.



396. Бумажный плод 4 месяцев, сильно сплюснутый.

слушиваются, объем живота беременной не увеличивается, напряжение брюшной стенки ослабевает, матка кажется более вялой и постепенно уменьшается в объеме. Частей плода совсем нельзя прощупать или они прощупываются неясно, бывшие ранее слышными менее ясными или совершенно перестают выслушиваться.

Обычные изменения, которым подвергаются умершие и задержавшиеся в матке плоды в более поздних месяцах развития (с 4—5 мес.), носят название мацерации. Мы различаем 2 степени мацерации: при первой степени на коже плода появляются пузыри или она отторгается в виде лоскутьев (рис. 395), такие изменения развиваются в течение 1—3 дней после смерти плода. При второй степени мацерации весь плод благодаря гемолизу принимает чрезмерную серо-бурую окраску и становится дряблым; суставы его теряют свою нормальную крепость и становятся вылыми и расхлябанными, череп вследствие размягчения швов принимает неправильную форму. Плод сморщивается целиком, его вес значительно уменьшается. Полное развитие второй степени мацерации требует около 3—4 недель задержки в матке. Все эти изменения плода происходят при полном отсутствии микробов, так как даже умерший плод защищен от попадания микробов из влагалища и как правило от инфекции по кровеносным путям, пока целы плодные оболочки. Изменения задержавшегося в матке плода и его плаценты происходят лишь под влиянием находящихся в организме ферментов, в изменениях кожи еще играют роль

плодные воды и находящиеся в них вещества, а именно желчные щелочи после попадания в воды мекония. Так как мацерация происходит при совершенно асептических условиях, то понятно, что она несколько не вредит матери, и поэтому при задержании умершего плода никогда не надо искусственно прерывать беременности, а надо спокойно

выжидать произвольного изгнания плода. Внутриутробная смерть плода и задержка его в матке чаще всего происходят при сифилисе, а именно 80% всех мацерированных плодов происходят от лютетических матерей. В послеродовом периоде после рождения мацерированного плода часто наблюдаются небольшие повышения температуры в течение одного или нескольких дней.

Все другие внутриутробные изменения умершего плода по своей частоте стоят на втором плане по сравнению с мацерацией. При очень юных плодах, приблизительно до конца III месяца, наблюдается почти всегда при более долгой задержке их в матке полное рассасывание зародышей вследствие аутолитического процесса (аутолиз эмбриона и плода). Если перед этим в яйце было очень мало вод или они совсем отсутствовали, или если они были абсорбированы тотчас после смерти плода, то может произойти в любой момент беременности высыхание, мумификация плода. При доношенных в матке плодах и при обычных условиях это происходит очень редко. Напротив, при беременности двойнями мумификацию можно наблюдать чаще, — если один из плодов умирает и его воды всасываются, а другой плод развивается далее. При этом высыхающий плод может быть настолько придавлен к стенке и уплощен выжившим сильно растущим близнецом, что он превращается в лепешку толщиной почти в лист бумаги (бумажный плод, *foetus papiraceus*) (рис. 396). Чаще всего мы наблюдаем мумификацию плода при внематочной беременности, при которой плод задерживается в организме матери часто на целые годы; тогда с течением времени происходит постепенная инкрустация его солями кальция, и дело доходит до образования литопедина, или окаменелого плода.

Особенное значение имеет задержка плода в тех случаях, когда схватки начинаются перед умиранием плода или во время его. В большинстве случаев этого рода имеется дело с вполне или почти вполне доношенным плодом; наступают настоящие схватки, которые однако оказывают лишь слабое действие или даже никакого на раскрытие матки, с отхождением вод или без него, и через некоторое время прекращаются сами собой, причем плод умирает. Мы называем это явление несостоявшимися родами (*missed labour*). Спустя недели и месяцы, часто в срок, когда должна наступить менструация, наконец у беременной появляются схватки, приводящие к изгнанию плода, или, что бывает редко, врачу приходится произвести искусственное опорожнение матки вследствие присоединившейся инфекции.

В качестве временного явления при умирании плода во время родов наблюдается внутриутробное окоченение его, которое может затруднить акушерскую операцию, особенно поворот, вследствие большой неподвижности позвоночника и конечностей. Вероятно каждый плод, умерший в матке, проходит стадию окоченения, и последняя наблюдается редко лишь потому, что роды и оперативное вмешательство по большей части имеют место не при наибольшем развитии этого явления.

4. Уродства плода в акушерском отношении

В происхождении уродств плода в первую очередь играет роль наклонность оплодотворенного яйца к патологическому развитию; выражается она в том, что отдельные органы, а также большие или меньшие части тела плода бывают совершенно не заложены или отстают в своем развитии от нормы (уродства *per defectum*) или же клетки известного сегмента яйца обнаруживают слишком значительный рост, отчего происходит ненормально сильное развитие отдельных органов или частей тела (уродства *per excessum*).



397. Головная водянка плода; головка предлежит, стоит над тазом, лобный и венечный швы разошлись, широкий большой родничок, таз нормальных размеров.



398. Головная водянка плода; последующая головка, вколотившаяся в таз; последний нормальных размеров.

ности медулярной и спинальной трубок, где мы встречаем более или менее обширные щелевидные образования самых разнообразных внешних форм на позвоночнике и черепе, на спинном и головном мозгу и их оболочках (полный и частичный *gachischisis*, *spina bifida*, *anencephalus*, *myelomeningocele* и пр.), или же на брюшной линии смыкания, чем объясняется полное или частичное отсутствие замыкания различных больших или малых щелей на вентральной стороне тела; таким образом происходят на голове волчья пасть и заячья губа в различных комбинациях вследствие недостаточного соединения лобных костей и жаберных дуг; по средней линии живота, где пупочная область закрывается всего позже,—пупочные грыжи и реже незаращение живота, а ниже—эктопия мочевого пузыря и расщепление таза.

Очень странные уродства часто происходят, как уже сказано выше, вследствие больших или меньших сращений амниона с различными областями покровов тела плода. Вследствие слишком скудного количества околоплодных вод могут произойти далее уродства позвоночника и конечностей благодаря давлению со стороны маточной стенки.

Для акушера наибольший интерес представляют те уродства, которые ведут к затруднению и расстройству родового акта. Поэтому дальше и будут рассмотрены лишь важнейшие из таких уродств.

Гидроцефалия (головная водянка). Из всех уродств плода наиболее частым и опасным в акушерском отношении является гидроцефалия, которая наблюдается приблизительно однажды на 1 500 родов.



399. Анепсерфалус, стоящий в выходе таза, в лицевом предлежании.

Под гидроцефалией разумеется ненормальное большое скопление цереброспинальной жидкости в полостях мозга (hydrocephalus internus) или между его оболочками (hydrocephalus externus), которое приводит к уплощению и истончению вещества мозга и к ненормальному растяжению черепа. Над плохо выраженным лицом выпячивается огромная черепная коробка, объем которой в сильных степенях гидроцефалии в 2 раза больше нормы (вместо 50 см—80 см), черепные кости тонки и податливы благодаря необыкновенно широким швам и родничкам, череп представляется иногда тугим, флюктуирующим пузырем, в котором совершенно виднимо отсутствуют кости (рис. 397). Если гидроцефалический плод умрет до родов и мацерируется, то нередко случается, что покровы головы принимают гнилостный вид.

Поразительно часто при водянке головы встречаются и другие уродства (spina bifida, косолопость и др.), а также часто наблюдается многоводие.

Лишь в $\frac{2}{3}$ случаев гидроцефалии при родах бывает головное предлежание, остальные дети рождаются в предлежаниях тазовым концом; косое и другие неправильные положения едва ли встречаются. Общий закон, что головное предлежание является при родах наиболее благоприятным, неприменим к гидроцефалии: как раз именно при нем здесь чаще всего возникает опасность для матери. Несоответствие между гидроцефалической головкой и нормальным тазом схоже с несоответствием между нормальной головкой и узким тазом. Несмотря на хорошие схватки слишком большая головка не вступает в таз, нижний сегмент матки рано растягивается, и дело доходит, если роженице не будет оказано надлежащее пособие, до самопроизвольного разрыва матки с истечением роженицы кровью или с последующим сепсисом; могут также произойти узуры от давления и вторичное образование пузырно-рукавных свищей. Еще опаснее бывают зачастую обычные акушерские вмешательства; если в подобных случаях производится (конечно совершенно бессмысленное) наложение щипцов, то последние почти всегда соскальзывают с высокой стоящей и непомерно большой головки и часто ранят мать; если же врачу придет несчастная мысль сделать поворот, то при нем очень возможен разрыв нижнего сегмента матки. Смертность матерей при головном предлежании гидроцефаликов очень велика—она достигает 20%; более благоприятны условия при предлежаниях тазовым концом (рис. 398). Здесь, как при всяких других родах, в этом предлежании туловище родится без затруднений, затем роды вдруг останавливаются, и последующая головка не выходит ни самопроизвольно ни при сильном потягивании за ножки. Здесь также при нераспознанной сущности дела и при применении большой силы могут произойти повреждения у матери—разрывы влагалища и пр., хотя они бывают гораздо реже, чем при головных предлежаниях, так как здесь главная часть плода уже оказыва-

ется вышедшей из матки, и перерастяжение нижнего сегмента последней происходит не столь легко. Иногда при энергичном извлечении головка гидроцефалика лопается, и цереброспинальная жидкость выливается наружу или в пространство между черепными костями и кожей (если покровы головки не повреждены).

При гидроцефалии все зависит от своевременного распознавания ее при родах. Большая опасность для матери наступает здесь лишь тогда, когда своевременно не был поставлен правильный диагноз. Если у врача вообще является мысль о возможности гидроцефалии, тогда последняя в большинстве случаев и диагностируется. Подозрительной на гидроцефалию является каждая многородящая, у которой предшествующие роды протекали гладко и без вмешательства, при настоящих же головка не вступает в таз несмотря на его нормальные размеры и хорошие схватки. Диагноз подтверждается бимануальным исследованием, при котором находят над входом в таз необычно большую головку с поразительно зияющими швами и большими родничками, а также тонкими, податливыми черепными костями, при давлении на которые чувствуется как бы хруст пергамента. При последующей головке достаточно бывает ощупать живот роженицы, чтобы правильно определить, что за опухоль выпячивается над симфиозом; бросается также в глаза при внутреннем исследовании несоответствие между личиком и черепом плода. Головная водянка незначительных степеней часто просматривается, так как при ней роды протекают хотя и с трудом, но самопроизвольно, причем ребенок остается в живых и в дальнейшем хорошо развивается. При небольшой головной водянке неоднократно наблюдались даже высокие умственные дарования у людей (Кювье, Гельмгольц, Менцель).

Когда гидроцефалия распознана, лечение ее просто, а именно производят пункцию или перфорацию головки; при умеренных степенях надо предпочитать пункцию троакаром, так как здесь еще существует возможность сохранить жизнь ребенка. После удаления жидкости обычно большой череп спадается, и роды быстро заканчиваются сами, или при предлежащей головке их заканчивают при помощи влечения пальцами или корнцангом, захватывая за покровы головки. При этом надо профилактически бороться (применяя эрготин и питuitрин) с атоническим кровотечением, которое часто здесь наступает вследствие перерастяжения матки.

Довольно часто встречаются в практике также уродства в форме акрании и гемикрании (рис. 399). Вследствие отсутствия черепной крышки во время родов в этих случаях вставляются вместе и лоб и лицо, как



400. Тератома щитовидной железы; плод в лицевом предлежании.



401. Значительная meningocele, вступившая в таз.

барные и спинальные рефлексы существуют, сохраняется также и способность сосания введенного в рот пальца; обычно такие дети погибают от менингита.

Как правило в лицевом предлежании устанавливаются плоды с большими врожденными зубами (рис. 400); рождение их в большинстве случаев происходит спонтанно. Равным образом плоды с лимфангиомами, которые чаще всего помещаются в области шеи, при родах устанавливаются в первичном лицевом предлежании.

Роды при больших мозговых грыжах (meningocele, рис. 401) протекают как правило спонтанно благодаря мягкости мешка. При локализации грыж на затылке нередки лобные и лицевые предлежания; если при родах встречается затруднение, надо сделать пункцию мешка.

В то время как обычная открытая spina bifida (rachischisis, рис. 402) не дает никаких поводов к расстройствам родового акта, при spina bifida с большой meningocele или при более значительных опухолях седалищной области—тератомах (рис. 403) и лимфангиомах—прохождение ягодиц может встретить затруднения. Тогда стараются повернуть тазовый конец так, чтобы опухоль поместилась в вогнутости крестца; если это не удастся, то извлечение ягодиц делается возможным после пункции мешка или уменьшения опухоли.

Остановка родов после выхождения головки наблюдается также при необычно увеличенном животе. Последнее имеет место главным образом при 3 заболеваниях: 1) при значительном асците, встречающемся при перитоните плода, при сифилисе его, пороках сердца и при опухолях; 2) при врожденных, по большей части двусторонних кистах почек, которые прощупываются в полости живота как кистозные опухоли величиной больше головки плода (рис. 404) и 3) при переполнении мочевого пузыря вследствие атрезии или полного отсутствия мочеиспускательного канала. Наблюдались случаи, когда пузырь был настолько растянут, что весь плод казался как бы придатком к громадному растянутому животу. Глубоко введенной рукой можно бывает тогда диагностировать ненормальное раздутие живота; после пункции и выделения жидкости

у животного. Для диагноза важно легко распознаваемое при пальпации proctio bulbi (выпячивание глаз); ягодичное предлежание встречается здесь также чаще, чем в других случаях. Роды как правило протекают самопроизвольно, при очень крупных детях может встретиться затруднение во время прохождения плечиков.

Большая часть ацефаликов и гемицефаликов умирает во время родов или незадолго перед ними; если у них сохранился продолговатый мозг, то они могут родиться живыми и прожить несколько часов и дней. Пульс и дыхание у них вначале бывают правильными, буль-



402. Spina bifida в средней части позвоночного канала; самопроизвольные роды.

происходят быстрые роды в большинстве случаев нежизнеспособного или только что умершего плода. Если плод родится спонтанно, то вследствие высокого стояния диафрагмы дыхание у него не налаживается, и новорожденный погибает при явлениях асфиксии (внематочная приобретенная асфиксия).

Небольшие **пупочные грыжи** (*hernia funiculi umbilicalis*) никогда не затрудняют хода родов, и даже очень большие грыжи с эвентерацией печени всех брюшных органов лишь редко вызывают затруднения при родах благодаря их мягкости. Иногда во время родов происходит лопание брюшного мешка с выпадением внутренностей плода; в некоторых случаях препятствием для изгнания плода может служить ненормально короткая пуповина, которая нередко встречается при больших брюшных грыжах. При небольших грыжах прогноз операции хороший, а при очень больших—крайне плохой, если пластическая операция делается непосредственно после рождения плода. Технически такая операция зачастую является трудной. Альфельд получил хорошие результаты от применения в подобных случаях спиртовых компрессов.

В отдельных случаях **прирожденной хондродистрофии** наблюдается сильная отечность, обуславливающая затруднения при родах, хотя само по себе это заболевание столь же мало влияет на течение родов, как и все остальные врожденные заболевания костей.

В то время как перечисленные выше пороки развития плода сразу бросаются в глаза¹, существуют и другие, которые незаметны снаружи и не вызывают осложнений при родах. Дети по внешнему виду при них бывают сложены нормально, рождаются как будто жизнеспособными, кричат и движутся, как нормальные дети, но тотчас после рождения у них начинается приступ затрудненного дыхания, они синеют и в конце концов погибают от нарастающей асфиксии. Если можно исключить повреждения при родах, напр. значительные внутричерепные кровоизлияния, разрыв позвоночника и т. п., надо думать о внутреннем дефекте организма, который чаще всего локализуется в сердце, об аномалиях сосудистой системы, отсутствии легочной артерии, стенозе легочной артерии; равным образом и при дефектах и грыжах диафрагмы дальнейшая жизнь бывает невозможна, так как органы брюшной полости при первых вдохах проникают в грудную полость; точный диагноз этого уродства часто может быть поставлен только на вскрытии.

Остальные пороки развития, как бы интересны они ни были с генетической точки зрения, не имеют никакого акушерского значения и поэтому не подлежат обсуждению в учебнике акушерства.

¹ Именно таким порокам развития и присваивается название уродств.—В. Г.



403. Большая тератома ягодичной области. Головное предлежание плода. Экстракция ягодичного конца встретила затруднения.



404. Трудное извлечение туловища плода вследствие двустороннего кистовидного изменения почек.

Иначе обстоит дело с двойными уродствами, которые всегда вызывают самые серьезные осложнения при родах.

Переходом к двойным уродствам до известной степени является очень редкий *ascardius*. Уродство это встречается только при однойцевых двойнях, причем один из близнецов, обычно рождающийся первым, бывает правильно сформирован, у второго же вследствие расстройств в плацентарном кровообращении отсутствуют сердце и часть сосудистой системы, почему образуются только отдельные части организма (чаще всего отсутствуют верхняя половина грудной клетки и голова, *ascardius acephalus*, рис. 405 и 406). Если нижние конечности плода также плохо развиты, то получается в конце концов совершенно бесформенное, отечное образование, которое, как показывает рис. 406, по внешности совершенно не похоже на ребенка. При этих уродствах всегда бывает очень сильная водянка кожи, отчего сглаживаются внешние очертания тела, и поэтому верное распознавание бывает затруднительно даже при ручном исследовании; извлечение *ascardius'a* часто бывает трудным вследствие отрывов и разрывов отечных тканей; в тяжелых случаях рекомендуется производить его краниокластом.

Б. Двойные уродства

Двойные уродства почти никогда не развиваются из двух одновременно оплодотворенных яиц, но почти всегда обязаны своим происхождением ненормальному расщеплению однойцевого зародыша. Если сегментация яйцевой клетки совершается



405. *Acardius ascephalus* с хорошо сформированной нижней конечностью.



406. Совершенно бесформенный *acardius*, сильно отечный.

при первом делении таким образом, что она делится на две одинаковых клетки, которые затем развиваются самостоятельно и правильно, то получаются хорошо развитые однояйцевые двойни. Если же разделение происходит не полностью и отдельные части зародыша остаются соединенными друг с другом мостиками тканей, то получается уродство в виде сросшихся между собой двойней, среди которых мы различаем сросшихся спереди грудью и животом—торакопагов и ксифопагов, сросшихся головами—краниопагов и сросшихся ягодицами—ишиопагов. Если между обоими плодами существует соединение, идущее через расщелину тела, и один из них является более или менее значительно порочно развитым, то при наличии соединения в полости рта порочно развитой плод получает название *epignathus*, при локализации [соединения в ягодичной области—*epipygus*], или сакрального паразита.

Если один зародыш совершенно включен в тело другого, то образуется *foetus in foetu* или *inclusio foetalis* (рис. 407). Если оба зачатка совершенно отделены друг от друга, но питание одного яйца вполне зависит от другого вследствие остановки в развитии собственного алантоиса и плацентарного круга кровообращения, то получаются удивительные уродства, главным признаком которых является отсутствие сердца и рудиментарное развитие сосудистой системы, почему такие уроды носят общее название *acardiaci*. Наконец случается, что в одном оплодотворенном яйце, находящемся в стадии *morulae* или *blastulae*, в каком-нибудь месте отщепляются лишь немногие шары деления, не отделяющиеся притом вполне от целого, и таким образом развиваются двойные части тела, напр. две головки, два личика, две пары ножек и пр.

С акушерской точки зрения естественно наиболее интересными являются те уродства, которые вызывают затруднения при родах вследствие значительного объема плодов. В этом отношении все двойные уроды, соединенные боковыми частями, у которых следовательно увеличен главным образом поперечный разрез тела (торакопаги, двухголовые уроды), являются гораздо более опасными, чем уроды, сращенные головками или ягодицами (кранио- и ишиопаги, *epipygus*), у которых имеется главным образом увеличение длины тела и которые сами собой устанавливаются по длинной оси родового канала.



407. *Inclusio foetus* в форме *epignathus*; самопроизвольные роды; *epignathus* удален оперативно.



408. Двойная головка при тазовом предлежании плода, стоящая над входом.

Число двойных уродств крайне велико; в зависимости от места и растяжимости сращений получаются самые удивительные формы и своеобразнейшие вариации. Если рассматривать двойные уродства с той точки зрения, как плоды при них лучше всего проходят через таз, то можно различать 3 главных формы их:

1. Оба туловища плода настолько интимно соединены друг с другом, что имеют вид единичного туловища, и лишь в некоторых местах в них можно признать двойное образование. Сюда относятся уроды с двойным лицом (*diprosopus*, *cephalothoracospagus*), с двойными ягодицами (*dipagus inclusio foetalis*). Такие двойные уродства отличаются от единичных плодов лишь тем, что все тело их имеет большой объем, или отдельные части его затрудняют роды. Последние при этом как правило протекают спонтанно или вызывают такие же затруднения, на которые мы указывали при больших и крупных плодах или при головной водянке. В качестве примера можно привести изображенного на рис. 407 уродливого небольшого ребенка, у которого во рту имеется как бы паразит (*epignathus*) и рождение которого произошло без значительных затруднений.



409. Самопроизвольное изгнание одной головки при сильном смещении другой.

2. Плоды, сращенные друг с другом тем или иным узким концом, головкой или ягодицами (*craniopagus*, *ischiorpagus*, *pygopagus*). Один плод является как бы продолжением другого, они лежат по одной линии и в таком виде проходят через таз. Поэтому здесь очень редко наблюдаются более значительные затруднения при родах.

3. Самыми важными и наиболее опасными являются уродства, при которых оба туловища большей частью разделены друг от друга и соединены только мостиками (*chiphopagus*, *thoracopagus*). Для того чтобы роды здесь стали возможными, оба тела плодов или отдельные части их должны отодвинуться друг от друга, так как вместе они не могут поместиться в тазу. Относительно легко такое достаточное отодвигание имеет место тогда, когда соединяющие мостики тонки и растяжимы, как то бывает напр. у ксифопагов, сращенных лишь в области мечевидного отростка грудины. Напротив, большие затруднения и даже полная невозможность произвольных родов наблюдаются при интимных и широких сращениях. На рис. 408 и 409 изображены произвольные роды двойного уродца с 2 головками, из которых одна благодаря сильному смещению другой головки кверху прошла через таз, и за ней сама собой вставляется вторая головка. При очень большой головке или при слишком короткой шейке в подобном случае может потребоваться деканпитация одной из головок. Из всех двойных уродств чаще всего встречаются торакопаги. На рис. 410 изображены произвольные роды вполне



410. Близнецы 8 месяцев, сросшиеся грудью (thoracocephali); одна головка родилась самопроизвольно при сильном смещении другой.



411. Оперативное родоразрешение при торакоцепагах; ножки одного плода только что низведены, ножки другого захвачены рукой с целью низведения, после чего делается попытка извлечь оба туловища одновременно.

доношенного урода этого вида; при сильном отклонении второго туловища головка первого близнеца родилась, за ней следуют ножки, потом вставляются ножки второго близнеца, и наконец выходят его туловище и головка.

Такого самоизворота не следует однако выжидать ввиду опасности разрыва матки. Глубоко введенной рукой (если возможно, под наркозом) сначала надо здесь установить точный диагноз сросшихся двойней. Если окажется, что головка еще стоит над входом или имеется тазовое предлежание, то сначала низводят книзу ножки одного плода, потом ножки второго плода, после чего сначала тянут за нижние конечности обоих плодов книзу (рис. 411), затем стараются извлечь общее туловище и наконец головки одну за другой. Если провести грудную клетку не удастся, то производится рассечение ножницами соединительного мостика. Если головка одного близнеца вступила в таз, а роды дальше не подвигаются, то можно попробовать наложить щипцы, в случае же неуспеха надо опять-таки рассечь мостик¹.

Литература

A h l f e l d, Die Missbildungen des Menschen, Leipzig, 1880.—B'i r n b a u m, Klinik der Missbildungen und Kongenitalen Erkrankungen des Fetus, Berlin, Springer, 1909.—S c h w a l b e, Morphologie der Missbildungen, Jena, G. Fischer, 1906.

¹ В последнее время все большее значение для уточнения диагностики уродства плода в конце беременности и во время родов приобретает рентген (Керер). И. Ф.

РАССТРОЙСТВА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ АНОМАЛИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И СОСЕДНИХ С НИМИ ЧАСТЕЙ

О. фон Франке (Бонн)

I. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

Беременность может наступить у женщины и без введения во влагалище мужского полового члена, при почти совершенно закрытой и неподатливой девственной плеве. Бывшее вначале отверстие последней может во время беременности полностью зарости, что вызывает у беременной расстройство (боли в области гениталий, особенно при половых сношениях, чувство сильного напряжения при ходьбе и стоянии), требующие еще до родов рассечения и растяжения или даже полного удаления гимена. При родах в подобных случаях могут наступить значительное замедление периода изгнания и сильные тянущие боли, причем девственная плева куполообразно выпячивается в виде красноватой опухоли. Без соответствующего вмешательства это может закончиться смертью плода или сильным разрывом и кровотечением. По совету Альфельда в таких случаях надо прежде всего проколоть оболочки, которые могут выпячиваться через маленькое отверстие неподатливого гимена в виде сидящего на ножке пузырька, и затем уже устранить сопротивление со стороны плевы крестообразным разрезом, применяя его только тогда, когда головка уже будет сильно выпячивать плеву и, продвинувшись глубже, сможет тотчас же затампонировать кровоточащие места разреза. При девственной плеве с двумя отверстиями (*hymen bifenestratus*) препятствующая родам перегородка, иногда толщиной в палец, должна быть рассечена после двойной перевязки.

При персистенции мочеполовой паузы, отверстие которой, общее для мочевой и половой систем, пропущено лишь концом мизинца, Боерма наложил щипцы, предварительно рассекши середину между заднепроходным отверстием и отверстием паузы и добравшись тупым путем до головки, стоявшей в тазу.

В рукаве встречаются врожденные стенозы или продольно проходящие перегородки различной толщины, образующиеся на почве недостаточного развития или слияния мюллеровых ходов. Поперечные перегородки эти располагаются в большинстве случаев на границе между средней и верхней третью влагалища, зачастую являясь, как и более широкие стенозы рукавной трубки, последствием возникающих во внеутробной жизни воспалительных процессов даже и там, где нельзя бывает обнаружить рубцовой ткани. Продольно или косо направленные такие перегородки служат единственным указателем двойного формирования даже и простой матки. Перепончатые рукавные стенки при родах часто отходят друг от друга или в стороны; если они задерживают ход родов, то легко устраняются с помощью поперечных насечек или с помощью продольного разреза, проводимого между двумя зажимами, причем сделанные раны после изгнания ребенка по мере надобности зашиваются.

Роды большей частью протекают самопроизвольно и при более широких стенозах, хотя часто сильно задерживаются, а иногда могут осложниться смертью ребенка, разрывами влагалища и матки и гангреной чрез-

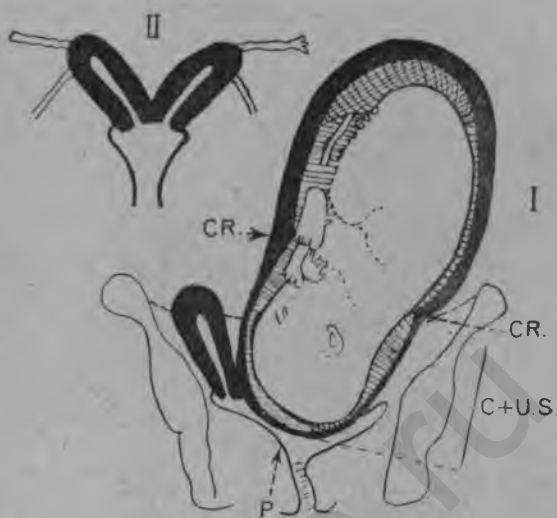
мерно растянутого влагалища. Во всяком случае здесь следует выжидать естественного хода родов, и только если раскрытие полового канала затормозится, то в зависимости от степени и распространенности сужения надо прибегнуть к двусторонним продольным разрезам шейки или к кесарскому сечению. Попыток расширения тупым путем лучше не предпринимать из-за опасности инфекции или разрыва.

Пороки развития матки, возникающие вследствие недостаточного слияния обоих мюллеровых ходов, могут вести к различным расстройствам беременности и родов, хотя в большинстве случаев последние и протекают нормально как при однорогой, так и при двурогой матке. В каждой полуматке (как лучше всего называть плодовместилище, происходящее только из одного мюллерова хода) резко выраженное косо положение органа может часто вести к неправильному положению плода, а недостаточное развитие мускулатуры — к угрожающей слабости родовых схваток и замедлению родов, с одной стороны, и к разрывам — с другой, причем разрывам подвергаются особенно слабые участки стенок полового канала или части его, лежащие выше наиболее узких и ригидных мест.

Я наблюдал случай разрыва при ручном отделении последа, сидевшего в косо лежащей однорогой матке. Шиндлер видел сопровождавшееся весьма тяжелыми расстройствами перекручивание по оси беременной на VIII месяце полуматки. Бертлих в 60 случаях двурогой матки, наблюдавшихся с 1905 г., нашел 11% тазовых предлежаний, 66% поперечного положения и 43% преждевременного прерывания беременности, в том числе 24% аборт.

Сообщены также случаи привычного умирания плода, осложнений послеродового периода, особенно, если плацента помещалась на перегородке, и уродства плода вследствие сдавливания его в узкой полости матки.

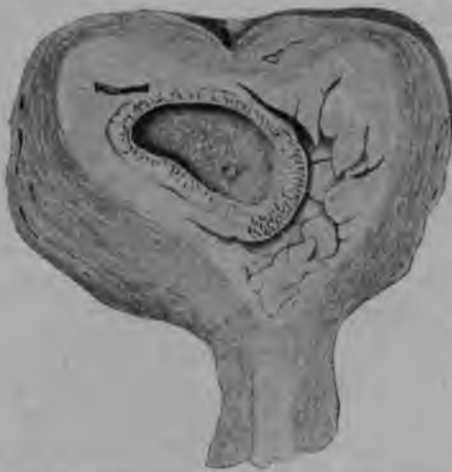
Особенно значительные расстройства наступают при родах, когда хорошо развитый беременный рог двойной двурогой матки не имеет отверстия наружу (рис. 412); тогда может потребоваться влагалищное или абдоминальное кесарское сечение, причем последнее должно производиться чаще тогда, когда небеременный, но вовлеченный в свойственную беременности гипертрофию рог двойной матки не оттесняется, как то обычно бывает при схватках, в большой таз, но вкочливается в ма-



412. Двойная полуатрезированная матка.

I — при нормальном конце беременности. Влагалищное сечение, живой ребенок. P — сглаженная влагалищная часть атрезированного рога; CR — кольцо сокращения; C+U.S. — шейка и нижний сегмент в состоянии начинающегося перерастяжения.

II — та же матка, удаленная потом per laparotomiam (по ван ден Вельдер).



413. Uterus arcuatus с туберозным децидуальным эндометритом на II месяце беременности.

лый таз, и его не удается, как это я однажды наблюдал, сместить рукой кверху. Если раздвоение имеется только в нижнем отделе матки (*uterus unicorn, oreus infraseptus*), то рождение плода, лежащего в поперечном или косом положении над перегородкой, может встретить сильные затруднения и становится возможным лишь после разделения перегородки или эмбриотомии плода. Относительно часто (в 10%) оба рога двурогой матки оказываются беременными одновременно и часто развивают независимо друг от друга схваткообразную родовую деятельность, отчего между изгнанием обоих плодов может быть промежуток от нескольких до 74 дней; бывает и так, что один маточный рог абортирует, в то время как

другой донашивает до срока. При наиболее легкой степени раздвоения матки (*uterus arcuatus*) наблюдается особенная ширина маточной полости с седлообразным вдавлением в дне, что играет важную роль в этиологии поперечных положений, особенно у первородящих (рис. 413).

Диагноз двурогой матки при беременности часто бывает очень труден, так как небеременный рог смещен беременным кзади и таким образом ускользает от исследования.

Часто эту аномалию смешивают с опухольми, особенно миомами, а также, особенно в первые месяцы беременности, с внематочной беременностью. Правильно поставить диагноз здесь можно, если обратить внимание на следы раздвоения во влагалище и маточной шейке; изредка можно правильно распознать двурогость по наступлению кровотечения из небеременного рога¹.

При беременности в *uterus bicornis subseptus* небеременный рог может, увеличиваясь вследствие частичного внедрения в него яйца, давать ложное представление об околوماتочной опухоли (Циммерман). Одновременное изменение консистенции обоих рогов во время схваток и уменьшение содержимого этого рога при давлении во время пауз могут привести к правильному заключению, между тем как подвижность его по отношению к беременному рогу может быть настолько же большой, как и при опухоли яичника.

Вмешательство, к которому приходится прибегать в $\frac{1}{4}$ всех случаев беременности в двурогой матке, может быть различным в зависимости от особенностей отдельных случаев.

Выполненное впервые Штрасманом, а затем произведенное еще 37 раз пластическое соединение разделенных маточных рогов показано ввиду редкости здесь тяжелых акушерских осложнений лишь при привычных абортах и преждевременных

¹ Кровотечения эти могут подавать повод к выскабливанию небеременного рога, причем это вмешательство, как показывают наблюдения, может и не вести к прерыванию беременности в другом роге.— В. Г.



414. Беременность в закрытом рудиментарном роге двурогой матки с одиночной шейкой (по Байшу).

родах. После этой операции иногда наблюдались нормальные роды (Френкель, Штрасман, Фукс, Клейн, Бюттнер¹).

Относительно часто беременность имеет место в рудиментарном добавочном роге двурогой матки, соединяющемся с главным рогом при помощи сплошной или недостаточно канализированной, неспособной к расширению ножкой, отходящей большей частью на высоте внутреннего зева или выше, иногда почти у дна (рис. 414). Керер мог собрать до 1899 г. 82, Фер с 1899 по 1915 г.—103 случая подобного рода. Клиническое значение этих случаев таково же, как и случаев внематочной беременности, с которой они большей частью и смешиваются. На препарате вопрос решается по отхождению круглой маточной связки с пораженной стороны: при беременности в рудиментарном роге двурогой матки связка отходит латерально от плодного мешка или непосредственно от него, при трубной же беременности—медиально от него.

При клиническом исследовании эти отношения в большинстве случаев обнаруживаются неясно, равно как и глубокое отхождение от плодного мешка ножки, идущей к главной матке; эта ножка иногда может совершенно отсутствовать. Отчетливые сокращения плодного мешка говорят за беременность в рудиментарном роге, так же как и веретенообразная форма с сильным боковым перегибом небеременного рога, прощупываемого рядом с плодным мешком. В случаях давно наступившей смерти плода часто беременность в рудиментарном роге смешивается с опухолями; рентгеновский снимок и анамнез могут в подобных случаях указать на свойственные беременности изменения и в частности явления интоксикации, бывшие у больной раньше и потом исчезнувшие. Такие больные часто впервые обращаются к врачу очень поздно по поводу расстройств и болей вследствие

¹ В последнее время случаи благополучного течения беременности и родов после операции Штрасмана были описаны Шмидтом и Ханнесом.—В. Г.

натяжения брюшинных сращений, между тем как при живом плоде они не ощущали никаких расстройств, как и в прочих случаях, до наступления разрыва.

Течение беременности в рудиментарном роге отличается от течения трубной беременности по частоте разрывов (в 45% по Верту, в 76% по Феру), наступающих в большинстве случаев здесь значительно позднее—чаще всего на IV или V месяце, реже на VI, ибо стенка хотя бы и порочно развитой матки дольше способна питать яйцо и удерживать его, нежели труба. Соответствующего трубному абортному выталкиванию яйца в брюшную полость без тяжелых повреждений плодовместилища здесь не может происходить, почему относительно часто (в 26% по Верту) наблюдается донашивание плода или задержка умершего плода (25%) в постепенно сморщивающемся плодном мешке. После этого в течение нескольких месяцев наблюдаются как следствие всасывания продуктов распада явления кахексии, тошнота, отсутствие аппетита, рвота, а также лихорадка, похудание и периодические боли в нижней части живота. Очень редко дело здесь доходит до нагноения или ихорозного разложения, плод мацерируется, скелетируется или просто высыхает, редко превращается в lithopaedion. В конце концов у больной наступают регулы и самочувствие ее делается хорошим.

Опасность разрыва плодовместилища при беременности в рудиментарном роге значительно больше, чем при трубной беременности, так как разрыв этот, наступающий в большинстве случаев без всяких предвестников в наиболее истонченном месте медиально от верхушки рога, сопровождается тотчас же сильным кровотечением в брюшную полость. По Феру смертность при этом достигает 56%. При постепенном расхождении стенок плодовместилища кровотечение впрочем может отсутствовать; как разрыв, так и первичная смерть плода при беременности в зачаточном роге непосредственно обуславливаются недостаточным развитием стенок матки. Слабое развитие слизистой оболочки имеет своим следствием то, что хориальные ворсинки, быстро разрушив имеющиеся лишь в виде следов decidua basalis и capsularis, внедряются в мускулатуру, притом нередко в большей части окружности яйца, отчего образуется placenta diffusa или disseminata. При дальнейшем разрастании хориальной эктодермы, разрушающей маточную стенку, яйцо достигает брюшины—раньше всего конечно в наиболее тонких частях стенки. Это приводит к застоям, кровотечениям, расстройствам питания, гиалиновому перерождению, тромбозу сосудов и некрозам стенки; эти изменения в свою очередь ведут либо к смерти плода вследствие недостаточного питания либо к разрыву разрушенной изнутри снаружки стенки под влиянием растущего давления со стороны яйца или какой-нибудь случайности (травма, внезапное повышение кровяного давления); в виде исключения это происходит после смерти плода. Если слизистая оболочка беременного рога близка к норме, то первичная недостаточность мускулатуры его и преобладание в миометрии соединительной ткани могут вести к некрозу яйца от давления и к смерти плода, так как разрастающиеся одновременно неподатливые и перерастянутые стенки сосудов сдавливаются и постепенно облитерируются.

Если затем оба главных слоя стенки рога—слизистая оболочка и мускулатура—развиты нормально, то беременность достигает нормального конца, причем и теперь может произойти разрыв плодовместилища в зависимости от наступившей схваткообразной деятельности матки.

Если наконец обнаруживаемое внутренним исследованием отсутствие раскрытия внутреннего зева несмотря на хорошие схватки и пустота имеющей выход половины матки не приведут исследующего к правильному диагнозу и он не предпримет кесарского сечения, то плод и без разрыва погибает вследствие нарушения плацентарного кровообращения.

Что касается лечения, то в каждой стадии беременности в зачаточном роге надо предпринимать лапаротомию с экстирпацией беременного рога и оставлением имеющей выход половины матки, которая впоследствии даже при гематометре в атретическом роге может без всякой операции зачать и нормально родить.

Различные формы гипоплазии матки, если они не сопровождаются, как то бывает чаще, бесплодием, легко ведут к абортам вследствие недостаточности слизистой оболочки, препятствующей развитию нормальной плаценты. Недостаточное же развитие маточной мускулатуры может вести к разрывам во время беременности преимущественно в дне, а также во время родов, особенно при ненормальной ригидности шейки, и к первичной слабости схваток.

Маточные дивертикулы, при которых много раз описывалась беременность с ранними разрывами матки, являются в большинстве случаев следствием не врожденных пороков развития этого органа, а предшествующих его повреждений.

II. ПРИОБРЕТЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ БОЛЬШЕЙ ЧАСТЬЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА

Беременность может наступить у женщины несмотря на имеющийся у последней резко выраженный вагинизм, т. е. сильный, большей частью психогенный спазм всей мускулатуры тазового дна, наступающий при всяком приближении к наружным половым частям. Роды в подобных случаях протекают обычно самопроизвольно, и лишь в виде исключения может произойти серьезное их затруднение, устраняемое глубоким наркозом или насечками.

Приобретенные сужения влагалища прогностически являются гораздо более неблагоприятными, чем врожденные, так как при них узкий просвет рукава бывает окружен плотной, неподатливой рубцовой тканью. Только при одиночных рубцовых тяжах и низких кольцевидных стенозах можно рассчитывать на эффект постепенного расширения суженного места и на самопроизвольное течение родов, которое часто может быть достигнуто путем применения насечек, а иногда также путем вкалывания резинового баллона. Впрочем ввиду большой опасности инфекции при затяжных родах следует лучше прибегать к возможно раннему активному вмешательству. При всех обширных рубцовых сужениях надо производить кесарское сечение или, если стенозы настолько сильно выражены, что нет полной уверенности в свободном оттоке лохий, — операцию Порро. Перерастяжение и разрывы выходной родовой трубки, перфорация до того умершего или даже живого ребенка, тяжелые повреждения матери (пузыря, уретры, прямой кишки) в прежнее время наблюдались чаще, пока улучшение техники кесарского сечения не изменило положения дела. Причиной сужений чаще всего (в 80% по Эсману) является тяжелое, по большей части оперативное родоразрешение с одновременной инфекцией; одновременно со стенозами при этом нередко образуются фистулы мочевого пузыря. самопроизвольное или опе-

ративное излечение которых сопровождается также образованием крепких рубцовых масс. Даже при полном закрытии рукава вследствие некротического отторжения его стенок в послеродовом периоде или в результате операции kolpoklesis беременность может возникнуть благодаря проникновению семенных нитей через уретру и мочевого пузыря. Впрочем высокие степени сужения и полное замыкание рукава могут впервые развиться и во время беременности на почве старых воспалительных процессов, оставшихся от предшествующего послеродового периода, или на почве свежей гонорройной инфекции, повреждений при половом сношении или введения во влагалище прижигающих веществ (карболовая кислота, полуторахлористое железо, хлористый цинк, серная кислота, щавелевая кислота). Замечательно, что беременность при этом может сохраняться; если прижигание подействовало не слишком глубоко, то происшедшее поверхностное склеивание влагалишных стенок может или исчезнуть во время родов самопроизвольно или быть устранено при помощи пальцев. Бумм упоминает о стенозе влагалища, происшедшем после терапевтического применения текучего пара. Слишком обширная пластика промежности может вести к серьезным расстройствам процесса родов, которые легко устраняются однако своевременными боковыми надрезами. О стенозах, наступающих вследствие острых инфекционных заболеваний в детском возрасте (корь, скарлатина), было уже сказано выше.

Воспалительные изменения (сифилис), хронический катар шейки, в особенности у пожилых первородящих, и терапевтические вмешательства (прижигания, выскабливания, выпаривание), образование рубцов после пластических операций, особенно после ампутаций маточной шейки¹, также ведут к различным, смотря по протяжению и продолжительности воздействия, степеням непроходимости цервикального канала—от незначительных стенозов и поверхностного склеивания до обширных рубцов, полной атрезии и превращений всей маточной шейки в плотную, не поддающуюся никакому расширению трубку. К наиболее легким случаям относятся те, при которых несмотря на полное изглаживание влагалищной части, и чрезвычайно малый почти не обнаруживаемый наружный маточный зев последний быстро раскрывается после введения зонда или сильного надавливания пальцем. Явление это описывалось старыми авторами под названием *conglutinatio orificii externi*, т. е. склеивание вязкими, густыми слизистыми массами, что совершенно неверно², так как здесь речь идет о рыхлом сращении слизистой оболочки, либо о возникающем также на воспалительной почве сращении нижнего полюса яйца с раневой поверхностью слизистой оболочки выше или в виде исключения ниже внутреннего зева, либо о рубцовом сужении, локализующемся лишь в ближайшей окрестности наружного маточного зева, либо наконец о стенозе и ригидности наружного маточного зева, которые развиваются у пожилых первородящих вследствие начинающегося сморщивания тканей и очень рано, вскоре после 20-го года жизни, наступающего исчезновения эластических волокон соединительной ткани. При более высоких

¹ Высокие ампутации шейки нередко своим последствием имеют привычные самопроизвольные выкидыши, почему эта операция у лиц чадородного возраста должна предприниматься по особо строгим показаниям.—И. Ф.

² В новейшее время Краатц ставит это склеивание в причинную связь с положением наружного зева, именно его резким смещением казади.—В. Г.

степенях воспалительно рубцовых стенозов могут наступить преждевременный разрыв пузыря, сильное замедление родов, инфекция плодного яйца со всеми угрожающими последствиями, а также разрывы рубцового кольца с недоступным контролю кровотечением или разрыв матки выше маточного зева, не поддающегося расширению благодаря стенозам. Равным образом могут при этом произойти и повреждения тела ребенка, особенно его шейки и головки, благодаря давлению со стороны кольцеобразных стенозов (перетяжки, некрозы, трещины), что заслуживает внимания в судебно-медицинском отношении (Хенрард). В легких случаях подобного рода приводит к цели терпеливое выжидание в соединении с дачей морфия по мере надобности, для того чтобы доставить роженице покой и время для отдыха. Горячие спринцевания влагалища вызывают разрыхление и податливость рубцовой ткани при частичном расширении маточного зева, а когда сужение не распространяется на своды, уместны множественные насечки с обеих сторон, а также кпереди и кзади. Если в процесс вовлечена также надвлагалищная часть маточной шейки, то мы имеем в любой момент родов средство к их окончанию в так наз. влагалищном кесарском сечении по Дюрссену, которое, правда, не может быть рекомендовано для обычного врача как серьезная, небезопасная операция. Если не только ткань матки, но и окружающая последнюю область являются местом изменений, обуславливающих непроходимость, то следует предпочесть абдоминальное кесарское сечение по соображениям, высказанным выше относительно сужений влагалища.

Хронические воспалительные разрастания слизистой оболочки шейки иногда ведут у беременных к полипозным или множественным тонкососочковым образованиям, которые предрасполагают к кровотечениям и должны быть удалены и гистологически исследованы ввиду необходимости исключить начинающийся рак. Весьма редко встречающийся переход децидуально измененной соединительной ткани на более глубокие отделы цервикального канала, влагалищную часть и даже рукав может повести к образованию узелков, похожих на раковые. Обозначаемые общим названием эндометрита хронические расстройства питания слизистой оболочки тела матки затрудняют зачатие благодаря патологически повышенной секреции, кровотечениям и увеличению маточной полости. Если при них все же наступает беременность, то обнаруживается вообще свойственная воспалительно-раздраженной слизистой оболочке матки склонность к избыточной продукции ткани, причем иногда развиваются массы отпадающей оболочки больше, чем в палец толщиной. Массы эти состоят преимущественно из децидуальных клеток и желез, но содержат также весьма много широких тонкостенных сосудов, которые легко разрываются при всяком повышении кровяного давления. Так как здесь все же большей частью дело идет о капиллярах или по крайней мере об очень малых сосудах, то как правило потеря крови при этом бывает незначительная и не влияет ни на общее состояние беременной ни на питание плода (*endometritis deciduae haemorrhagica*). Конечно иногда здесь дело доходит и до более сильных кровоизлияний, которые могут привести к аборту вследствие наступления схваток или вследствие непрямого повреждения места прикрепления плаценты. Раз беременность уже достигла IV месяца, то опасность прерывания ее делается все меньше, равно как и кровотечение, так как

теперь завороченная отпадающая оболочка окружена истинной отпадающей оболочкой и кровоизлияние из поверхности затрудняется. Далее благодаря более быстрому росту яйца отпадающая оболочка растягивается и истончается, причем сосуды ее сдавливаются и заустевают. Только при исключительно сильном разрастании кровотоечения остаются до конца беременности, и после родов обнаруживаются иногда источники их в плотных, величиной более ладони, все еще богатых сосудами дольках истинной отпадающей оболочки, которые или прилегают к плодовым оболочкам или выгалькиваются лишь потом, иногда при тяжелых крототечениях, или вынуждают прибегать к выскабливанию.

Что касается терапии, то здесь рекомендуются постельное содержание, пока кровотечение не прекратится на продолжительное время, и устранение всех средств, повышающих кровяное давление; кроме того здесь можно испробовать иодистый калий и иодистое железо. Очень часто кровотечения и свойственная разросшимся массам наклонность к регрессивным изменениям, особенно к преждевременной жировой или фибриозной дегенерации, ведут к недостаточному питанию, отслойке яйца от материнской почвы и к аборту. Таким образом хронический эндометрит, бывший до беременности, является нередкой причиной прерывания ее в первые месяцы (по Эбернети в 8% всех случаев), причем он распознается по выталкиваемому продукту, по своеобразному пятнистому беловатому и желтоватому окрашиванию, особенно же по неравномерному утолщению децидуальных масс, ведущему часто к образованию многочисленных выступов и полипозных образований. Тогда говорят об *endometritis deciduae polyposa sive tuberosa* (рис. 413). Микроскопически находят кроме гиперпластических процессов, большей частью затрагивающих межжелезистую ткань, кровоизлияния и тромбы в сосудах и более или менее распространенную дегенерацию, иногда резко ограниченные некротические очаги и круглоклеточную инфильтрацию. При этом микроорганизмы почти никогда не играют здесь никакой роли, лишь некоторые из них были найдены Эмануэлем, Масловским (гонококк) и Нейманом (стафилококк). Обыкновенно видимую имеющуюся в шейке слизистая пробка препятствует распространению зародышей, и внутренность матки является доступной для них лишь после разрыва яйцевых оболочек, после наступившего изгнания яйца. Возникающие по кровеносным путям острые, часто ведущие к прерыву беременности эндометриты при острых инфекционных заболеваниях будут описаны ниже.

Описанная в старой литературе клиническая картина децидуальной гидрореи беременной матки, при которой вследствие воспалительной гиперсекреции скопляется жидкость между истинной и завороченной отпадающими оболочками, причем жидкость эта время от времени вытекает наружу, отрицается Шмидтом как вообще не доказанная до сих пор в наблюдавшихся случаях. Амниональная же гидрорея является нередким явлением, при котором постоянно отходят плодные воды после преждевременного разрыва яйцевых оболочек.

Не играют ли и здесь, как и в других заболеваниях яйца, причинную роль воспалительные изменения эндометрия, еще не решено. Вторичные очень интересные в научном отношении изменения истинной отпадающей оболочки описал Хинвельман.

Кроме кровотечений и гиперсекреции эндометрит может дать о себе знать при беременности особенно резкими расстройствами последней, неукротимой рвотой, сильными болями в пояснице и нижней части живота, болезненными сокращения-

ми и напряжением матки. лихорадкой,—словом, состоянием, которое старые акушеры обозначали как ревматизм матки и которое может в конце беременности повести к разрыву пузыря, если постельное содержание, теплые влажные обертывания и наркотические средства остаются безрезультатными. Лежащий в основе этого инфекционный эндометрит может изредка повести к инфицированию плодных вод во время родов при целом пузыре.

В качестве нередких, но не вызывающих во время беременности никаких явлений расстройств в эндометрии, следует упомянуть об аномалиях плаценты, каковы *placenta praevia*, *placenta marginata*, плацентарные инфаркты и в некоторых случаях преждевременное отделение и чересчур плотное приращение плаценты, а также оболочечное прикрепление пуповины.

Хронические воспалительные изменения маточной мышцы могут играть известную роль в самопроизвольных разрывах матки во время беременности и родов, в преждевременной отслойке последа и в атонических кровотечениях.

Воспалительные процессы в окружности матки относятся к числу очень редких, так как они большей частью ведут к бесплодию, но и очень опасных осложнений беременности. При них очень легко наступают обострение и распространение воспалительного процесса и разрыв имеющихся гнойных очагов, будут ли они локализоваться в трубе или яичнике, в параметрии или тазовой брюшине, с последующим смертельным перитонитом. Если диагноз возможен, то нужно стремиться к оперативному опорожнению гнойников их вскрытием, если возможно,—через влагалище, иначе—*per laparotomiam*. Старые, закончившиеся воспаления могут вызвать сильные боли и осложнения беременности (неукротимая рвота) вследствие натяжения и растягивания спаек, а также вследствие заворота кишок. Из разорвавшихся сращений иногда могут произойти тяжелые внутрибрюшинные кровотечения. Широкие сращения, препятствуя росту тех или других отделов матки, нередко ведут к аборту; при нормальном конце беременности опасность разрыва матки иногда значительна вследствие родовых сокращений, которые могут стать в высокой степени опасными, особенно в послеродовом периоде.

Терапия, большей частью оперативная, должна соответствовать каждому отдельному случаю.

III. НЕПРАВИЛЬНОСТИ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

Чрезмерная патологическая антефлексия беременной матки вообще настолько редка, что некоторыми совершенно отрицается; однако в виде исключения она может, подобно ретрофлексии беременной матки, вести к явлениям ущемления. Нередко чрезмерная антефлексия имеет место в более поздние месяцы беременности, когда она может повести к резкому отвисанию живота, настолько значительному, что дно матки прилежит к бедрам. Причинами служат узкий таз, расслабление брюшных стенок или расхождение прямых мышц живота у многородящих, также грыжи брюшных стенок и операции. Описаны также случаи нахождения матки при поздней беременности внутри паховой грыжи. Во время беременности в подобных случаях наступает опасность развития пролежней вследствие недостаточного питания перерастянутых брюшных стенок, состоящих в конце концов только из тонкой кожи и брю-

пины, с последующей инфекцией брюшной полости. Неоднократно невозможность вправления заставляла в таких случаях прибегать к кесарскому сечению. При родах вследствие сильного оттеснения влагалищной части шейки кзади и кверху нередко выше мыса крестцовой кости действие схваток в период раскрытия очень ослаблено, так что открытие долго отсутствует, между тем как задняя стенка нижнего сегмента матки сильно перерастягивается; предлежащая часть оттесняется от входа в таз и не может в него вступить; благодаря сдавливанию отводящих вен могут образоваться гематомы, а благодаря перерастяжению — разрывы матки или заднего свода влагалища. Выпрямление матки и удержание ее оси приблизительно по оси входа в таз бинтованием с помощью плечевых подъемников или соответственным образом примененными полотенцами делают большей частью здесь возможные произвольные роды.

Нормальной беременная матка бывает повернута вокруг своей продольной оси таким образом, что ее правое ребро лежит более кзади, чем левое. Эта **ротация** может быть сильно выражена, и тогда тело матки бывает еще резче изогнуто своей передней поверхностью вбок (большей частью направо), что может вести к ложному диагнозу; оттесненная в одну сторону и несколько увеличенная шейка принимается за всю матку, а рядом лежащее тело матки — за опухоль, часто за внематочный плодный мешок. Наблюдаются и ущемления таким образом лежащей матки. Обычно в дальнейшем течении беременности наступает самопроизвольное восстановление нормального положения матки, или оно легко достигается ручным способом.

Гораздо реже встречается **осевое перекручивание** маточного тела относительно шейки, которое в 2 наблюдавшихся на VI и IX месяцах беременности случаях привело к смерти в несколько часов вследствие кровотечения между яйцевыми оболочками и стеной матки. Из 7 имевших место за последние 7 лет случаев, которые отчасти вследствие отсутствия характерных симптомов были распознаны лишь во время операции, в 6 больные могли быть спасены с помощью кесарского сечения.

Необыкновенно часто расстройства беременности и родов бывают после **оперативной фиксации матки кпереди**, сделанной по поводу неправильного положения этого органа. Мы можем здесь лишь вкратце коснуться их, так как дальнейшие поколения вряд ли еще увидят их. Представители оперативной гинекологии убедились, что все применяемые способы непосредственной фиксации матки должны быть совершенно изгнаны из употребления, как могущие вести к различным расстройствам последующих родов. Поэтому они могут быть применяемы только в случаях, где встречается необходимость одновременно произвести и стерилизацию женщины. Если это не удалось или было забыто, то часто даже после интерпозиции матки, т. е. экстраперитонеального внедрения ее между пузырем и влагалищем, а также после кохеровской экзопистеропексии, т. е. внебрюшинного вливания тела матки между прямыми мышцами живота и фасцией, наблюдается беременность, которую вследствие тяжелых осложнений приходится прерывать путем разреза ю передней стенке матки с опорожнением ее или заканчивать кесарским сечением. У способных к зачатию женщин могут быть дозволены для исправления положения матки только такие операции, которые удерживают тело матки через посредство круглых маточных связок, не ослабляя ее подвижности и способности к росту (вентрофиксация¹ за

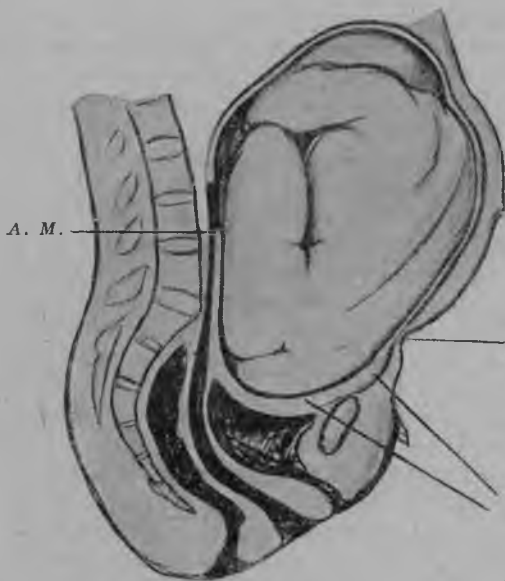
¹ Вернее вентросуспензио.—И. Ф.

круглые маточные связки по Ольсхаузену, укорочение связок по Александер-Адамсу, операция Долери). Если же самая маточная стенка будет плотно пришита к брюшной стенке при вентрофиксации или к стенке рукава при вагинофиксации, то развивающаяся в этом месте рубцовая ткань может ограничивать участие различной величины частей передней маточной стенки или маточного дна в свойственной беременности гипертрофии, а также в образовании плодместилища. Поэтому вследствие перегруженности задней маточной стенки возникают перерастяжение ее, опасность разрывов и действительные разрывы с наступлением схваток. Так как кроме того неподатливые сращения передней стенки мешают поднятию матки и последняя остается в сильной антефлексии, то влагалищная часть шейки сильно смещается кзади и кверху, часто далеко вверх от крестцового мыса, благодаря чему, а после вагинофиксации еще благодаря выступающей кзади в виде шпоры рубцовой массе между влагалищем и маточным просветом нарушаются правильное раскрытие зева и вступление головки. Подобные же отношения могут возникать и без предшествующей операции вследствие воспалительных сращений передней маточной стенки (Кюстнер). В результате возникают неправильные положения ребенка, замедление родов, преждевременное отхождение плодных вод, наконец разложение плодных вод и смерть ребенка. Эти осложнения и опасность разрывов очень часто вызывают необходимость оперативного вмешательства. Смотри по особенностям случая, здесь может возникать вопрос о смещении шейки кпереди и книзу с помощью изогнутого пальца, введенного за верхнюю губу маточного зева, о повороте на ножку, об искусственном расширении неподатливого маточного зева метрейринтером или с помощью среднего разреза вышеупомянутой рубцовой шпоры, о кольпогистеротомии или кесарском сечении с удалением матки при уже возникшей инфекции (рис. 415).

Я нашел в литературе за 1913—1923 гг. еще 10 случаев кесарского сечения, произведенного по поводу вентрофиксации, и 6—произведенных по поводу вагинофиксации. В моей клинике операция производилась еще в 1926 и 1927 гг. по поводу произведенной где-либо в другом месте прочной вентрофиксации (см. дисс. Кюльмана 1928 г.). А. Майер описывает простую ретродевиацию наружного зева вследствие мешчатого выпячивания кпереди нижнего сегмента матки.

Для практического врача особенно важно рано распознать это состояние для того, чтобы он мог возможно раньше перевести роженицу в больницу, приспособленную для больших операций. Совершенно необыкновенное высокое стояние сводов влагалища и маточного зева, которые достигаются иногда лишь при исследовании полной рукой, и видимые или осязаемые рубцовые массы, а после вагинофиксации поразительное выпячивание переднего свода влагалища наводят на правильное распознавание. Еще во время беременности у оперированных женщин могут наступить затруднения мочеиспускания и сильные тянущие боли, которые доводят иногда до оперативного устранения ранее искусственно образованных стращений. Нередко здесь помогает и сама природа ранним родоразрешением.

Смещение матки кзади не затрудняет существенным образом течения беременности. Конечно последняя прерывается здесь преждевременно чаще обыкновенного—отчасти вследствие существующих одновременно изменений эндометрия, отчасти потому, что лежащая кзади беременная матка более предрасполагает к механическим insultам и ве-



415. Затруднения родов после слишком прочной вентрофиксации матки (по Бумму). После рассечения «шпоры» передней стенки шейки—низведение ножки и извлечение плода.

F.— место фиксации маточного дна; *V. U.*— передняя стенка матки; *A. M.*— наружный маточный зев (на высоте IV поясничного позвонка).

произведено врачом, то беременность большей частью достигает нормального конца, причем в поздних стадиях послеродового периода матка как правило возвращается в свое исходное положение. Очень редко случается, хотя и не совсем исключено, возникновение перегиба матки кзади впервые во время беременности. Если выправления матки не наступит, что случается чаще при ретроверзии, чем при ретрофлексии, то в отдельных случаях без определенных причин, чаще всего при отсутствии сращения, иногда на III—IV месяце беременности, а иногда гораздо позднее часто совершенно остро возникают явления ущемления, вызванные давлением выполнившей малый таз матки на соседние органы. В первую очередь при этом затрудняется или прекращается опорожнение мочевого пузыря, как указано ниже.

Гораздо меньшую роль в картине болезни играют явления сдавления со стороны других органов, напр. со стороны нервных сплетений: в виде исключительно сильных болей в пояснице, иррадиирующих в бедро, со стороны прямой кишки—в форме мучительных тенезмов и задержки стула. Исключительно редко прямая кишка делается совершенно непроходимой, так что наступает ileus. Равным образом может сильно выпячиваться и промежность, перерастянутая задняя стенка влагалища разрывается, и беременная матка может выпасть¹.

¹ В свое время Груздевым был описан в литературе редкий случай ущемления перегнутой кзади беременной матки в сочетании с выпадением ее через задний проход. Случай этот имел место у 37-летней женщины, беременной в 13-й раз, находив-

нозным застоям, ведущим к кровоизлияниям в отпадающую оболочку п плаценту; однако как правило беременная матка на II или III месяце беременности поднимается сама, яйцо сначала развивается ближе всего к свободно выдающейся в брюшную полость передней маточной стенке вследствие ее более слабой сопротивляемости к росту; когда же образовавшееся выпячивание этой стенки достигнет известной величины, она, следуя силе тяжести при случайном положении женщины на боку, спускается кпереди и тянет при этом к себе заднюю половину матки. Вряд ли активные сокращения круглых маточных связок или передней маточной стенки играют при этом какую-нибудь роль, как то думают некоторые. Если выправление матки наступит спонтанно или будет

Самопроизвольно наступающее преждевременное прерывание беременности может еще в последнюю минуту принести спасение; так как естественно при ретрофлексии сдавливаются и маточные вены, то легко наступают застойные кровотечения, которые прекращаются после выправления матки, причем, если только плацента до того не отслоилась, беременность сохраняется. Диагноз только вначале иногда может быть затруднен благодаря тому, что очень нетерпеливые пациентки жалуются не на затруднения мочеиспускания, а только на давление и боли в животе и в тазу. Если при каждой опухоли, лежащей непосредственно под передней брюшной стенкой, по средней линии, думать о мочевом пузыре и пользоваться катетером, то можно избежать опасности смешать пузырь с маткой и матку, находящуюся в ретрофлексии, с любой ущемленной в малом тазу опухолью. Все же беременная труба, лежащая позади матки, или заматочная кровяная опухоль иногда могут быть распознаны или исключены только при тщательном двуручном исследовании под наркозом.

Влагалищная часть шейки при отклонении матки кзади стоит большей частью выше, у верхнего края симфиза при ретроверзии, когда явления ущемления наступают иногда только во второй половине беременности, или даже еще выше, так что смотрящий прямо кверху маточный зев не может быть достигнут пальцем. В далеко зашедших случаях указывающий на беременность анамнез в связи с описанными тяжелыми симптомами, к которым следует еще присоединить наступающие при тяжелой инфекции пузыря лихорадку и перитонеальные явления (метеоризм и рвота), вместе с данными объективного исследования едва ли могут оставлять место сомнению.

В отношении терапии мы советуем каждую ретрофлектированную беременную матку немедленно выправлять и удерживать в нормальном положении при помощи пессария Ходжа или Томаса до 4 месяцев беременности. Только при отсутствии всяких симптомов или при еще очень слабо выраженных симптомах, особенно при отсутствии задержки мочеиспускания, можно ограничиться назначением частого положения на бок с приподнятым тазом на клиновидной подушке для того, чтобы дожидаться самопроизвольного исправления положения матки, причем плацента все время должна находиться под наблюдением. При ущемлении надо прежде всего выпустить мочу при помощи длинного мужского или эластического катетера, производя это очень осторожно, чтобы избежать образования ложного хода. После этого, если не имеется еще гангренозного воспаления пузыря, следует тотчас выправить матку, чего большей частью удается достигнуть, придав больной коленно-локтевое положение, в случае надобности под наркозом. Попытки выправить матку пальцами, введенными в задний влагалищный свод или прямую кишку, оказываются менее действительными, если производить их по средней линии, где находящийся мыс крестцовой кости мешает поднятию, нежели с боковых сторон. Целесообразно одновременно низводить маточную шейку, захватив ее пулевыми щипцами. Если исправление положения матки тотчас не удастся полностью, то оно может быть выполнено или докончено с помощью введенного во влагалище эластического кольпейринтера, наполненного жидкостью или ртутью. Унтербергер рекомендует от-

нейшей на IV месяце беременности и ранее страдавшей выпадением прямой кишки. Вправление матки удалось здесь без особого труда, после чего беременность продолжалась. — В. Г.

казываться от всех ручных воздействий на самую матку, которые могут повредить беременности, а придавать больной для исправления положения матки на 10—15 минут положение с приподнятым тазом, в случае необходимости повторяя его.

Обыкновенно атмосферное давление препятствует выправлению матки, так как оно придавливает матку, выполняющую полость таза, всюду плотно к его стенкам (Крамер). Расправление влагалища ложкообразными зернами и введение металлической трубки в прямую кишку, при котором проникающий воздух тотчас занимает пространство, образующееся после смещения кверху матки, помогает по Матесу настолько, что благодаря ему производство лапаротомии оказывается ненужным.

Если однако матка удерживается сращениями, за что говорит безуспешность всех попыток к ее выправлению, не следует больше выжидать наблюдающегося в отдельных случаях самопроизвольного растяжения и разделения спаек, как не следует и прерывать беременность, но надлежит произвести лапаротомию и под контролем глаза освободить матку, если нужно укрепив ее в положении антефлексии с помощью укорочения круглых маточных связок.

Песталлоцци приводит в 1907 г. уже 32 таких случая, из которых 90% закончились родами живого плода в конце беременности. Следующие 15 подобных случаев имеются в новейшей литературе.

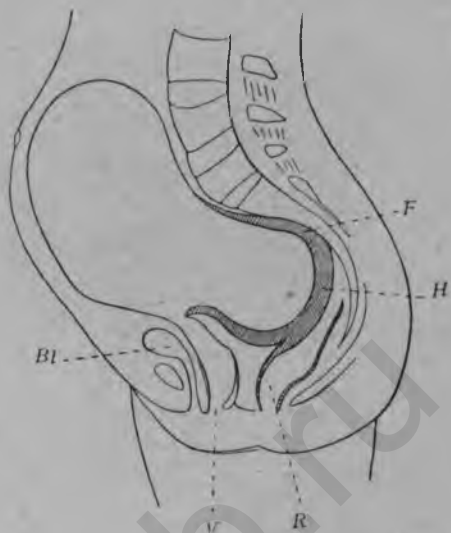
Кюстнер даже при наличии гангрены пузыря производит лапаротомию по возможности выше сращений пузыря. Большинство рекомендует в таких случаях, если осторожное исправление не удается или с самого начала представляется безнадежным, опорожнить матку или произвести пункцию ее. Если шейка недостижима, в случае надобности следует произвести опорожнение с помощью задней кольпотомии. Мочевой пузырь при этом большей частью надо еще долго лечить.

Частичная ретрофлексия беременной матки развивается тогда, когда фиксированная кзади задняя стенка ретрофлексированной матки остается тесно связанной с задней стенкой таза в то время, как плод-вместилище растущего яйца достигает брюшной полости благодаря растяжению передней маточной стенки в противоположность тому, что наблюдается после искусственной антефиксации. При этом может также наступить ущемление матки, хотя чаще однако беременность донашивается до конца. Оставшаяся в малом тазу часть маточного тела представляется тогда в виде выпячивания задней стенки, прощупываемого в виде опухоли, содержащей головку или ягодицы плода и находящейся под стоящей высоко, иногда даже над симфизом влагалищной частью (рис. 416). Как и при антефиксациях, здесь могут наступать неправильные положения плода, замедление родов, запоздалая установка маточного зева по оси таза, причем в конце концов зев раскрывается, хотя иногда также наблюдаются и разрывы перерастянутой передней стенки матки. Иногда при этом приходится заканчивать роды с помощью кесарского сечения или задней кольпогистеротомии, если не удастся приподнять выпячивающуюся часть маточной стенки вместе с ее содержимым в большой таз.

При полном выпадении матки беременность наступает редко и при этом почти всегда заканчивается преждевременными родами. Обычные частичные выпадения матки, ограничивающиеся шейкой и влагалищной частью с большими или меньшими частями влагалища, не мешают наступлению беременности, причем матка в этих случаях обычно оттягивается во влагалище, как только она с поднятием в брюшную полость примет положение резкой антефлексии. Если этого не случится, то выпадающая матка может увеличиться вследствие застоя, и пролапс

может сделаться тягостным вследствие механических условий. Нередко наблюдающиеся при этом язвы с характером пролежней могут серьезно нарушить асептичность родов. Сильный отек и соединительнотканная гипертрофия выпадающей маточной шейки создают дальнейшую серьезную опасность для матери и ребенка вследствие неподатливости и недостаточной способности цервикального канала к расширению.

По более старым статистикам больше половины всех беременных, страдавших пролапсом, погибало, — так велика для них опасность инфекции и разрыва. По новейшим сообщениям Ханнакса и Крицлера из 6 подобных случаев в 5 наступила смерть от сепсиса. Поэтому во все сроки беременности и родов следует стремиться к вправлению и удержанию в нормальном положении выпадающей



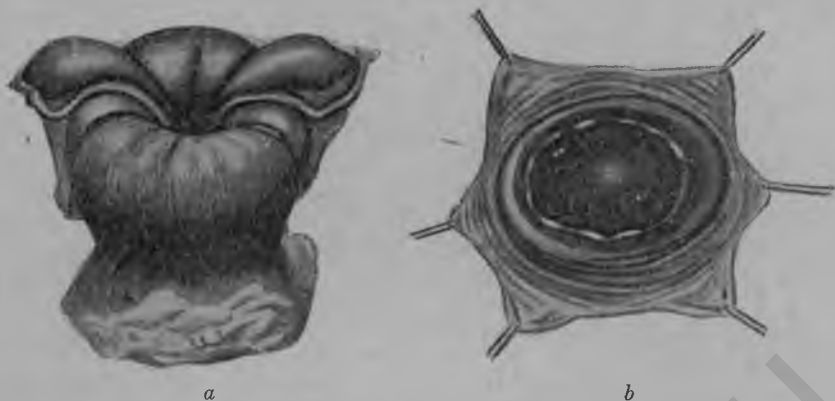
416. Частичная ретрофлексия беременной матки (по Фолио).

Bl.—мочевой пузырь; F—дно матки; H—приращенная задняя стенка матки; R—прямая кишка; V—вагиналище.

беременной матки, что конечно требует иногда длительного постельного содержания больных на боку, если пессарий более не удерживает матки. Во время родов следует стремиться к расширению зева в случае нужды с помощью метрейриза; если последний не ведет к цели, то надо произвести боковые насечки зева или влагалищное кесарское сечение.

Более безопасным является **острый отек влагалищной части шейки**, равным образом ведущий к явлениям выпадения. Он характеризуется внезапностью наступления, легкими расстройствами и самопроизвольным исчезновением после вправления сильно набухшей шейки, выступающей из половой щели. По взгляду некоторых авторов он возникает вследствие воспалительного раздражения на почве ангионевротического предрасположения, по вполне же вероятному предположению Зейца и Мейер-Рюга — вследствие механических причин. Роды при этом не нарушаются.

Чрезвычайно редко наблюдающуюся в родовспомогательных заведениях (1:400 000 родов), несколько менее редкую во внебольничной обстановке вследствие неправильного ведения последового периода аномалию положения матки представляет собой **выворот** последней (*inversio uteri*). Аномалия эта возникает вследствие надавливания на расслабленную маточную стенку, которая затем или возвращается к исходному положению либо выворачивается так, что дно матки остается выше наружного маточного зева. При полном вывороте инвертированное тело матки лежит во влагалище, при выпадении вывороченной матки — вне половой щели. Предварительным условием для наступления выворота служит полное расслабление маточных стенок в III периоде родов (в виде исключения — в послеродовом периоде), весьма редко при прежде-



417. Неполный пuerперальный выворот матки (секционный препарат).

a—придатки, отчасти втянутые в воронку выворота; *b*—вид наружного маточного зева с лежащим над ним вывороченным телом матки (по Цангемейстеру).

временных родах, при одновременном давлении на матку сверху или влечении за ее стенку снизу. Предрасполагающими моментами здесь служат прикрепление плаценты в дне и ненормально крепкое ее приращение. Предрасполагают к вывороту также анатомические изменения маточных стенок. Чаще всего выворот наблюдается у молодых первородящих. Давление и влечение чаще всего производятся лицами родовспомогательного персонала—неправильным применением приема Креле при несократившейся матке, а также потягиванием за пуповину при еще плотно сидящей плаценте. Однако выворот матки может возникнуть и без всякого воздействия извне благодаря внезапному повышению внутрибрюшинного давления (кашель, чихание, сильное натуживание) и благодаря натяжению чересчур короткой, многократно обвитой пуповины или при стремительных родах. Это доказывают между прочим вывороты матки, возникающие при посмертных родах вместе с выталкиванием плода. Следствием выворота как правило бывает сильный коллапс с мертвенной бледностью, малым, резко учащенным пульсом и обмороком, обусловленным быть может резким нервным раздражением вследствие внезапного натяжения брюшины. При этом может наступить смерть в шоке от паралича сердца, а еще чаще пожалуй она бывает обусловлена тяжелыми потерями крови. Если большая перенесла их, то ей угрожает еще опасность тяжелой инфекции, воротами для которой является обращенная кнаружи внутренняя поверхность маточной стенки. Смертность при вывороте достигает 15—20%. Нередко принимающая участие в вывороте часть маточной шейки легко образует втянутое кольцо вокруг вывороченного органа, вследствие чего затрудняется как самопроизвольное вправление матки,—очень редко бывающее,—так и искусственное, но кровотечение при этом может остановиться. Иногда выворот принимает хронический характер с нормальным или чрезмерным обратным развитием матки, причем вследствие постоянно повторяющихся сильных кровопотерь и гиперсекретции со стороны открыто лежащей слизистой оболочки такой хронический выворот обыкновенно ведет к значительному ослаблению женщины.

Острая пuerперальная инверсия матки легко распознается по отсутствию тела матки в нормальном месте и по присутствию его во влага-

лице или вне половой щели, причем оно представляется в виде резко красной опухоли, на поверхности которой часто еще держится плацента; наконец диагнозу выворота легко ставится путем прощупывания воронки выворота со стороны брюшных стенок (рис. 417). Лечение состоит в ручном вправлении матки в глубоком наркозе, каковое вправление надо производить после удаления плаценты и после дезинфекции как матки, так и влагалища.

Так как и вправление вывороченной матки может вызвать сильный шок, который, присоединяясь к уже имеющемуся, может повести к смертельному исходу, то в последнее время рекомендуется откладывать операцию на 2—6 часов и в случае наличия кровотечения останавливать его по способу Кокса шнурованием маточной шейки резиновой трубкой или полотняной лентой. Вправление тогда удается легче, потому что первоначальный спазм шеечного кольца расслабляется (Цангемейстер). Филипс сообщает о 184 случаях из английской литературы, где смертность достигала 30% при немедленном вправлении и 5%—при выжидании. Вправление матки может производиться различно: или берут маточное дно в кисть руки, вставляя вытянутые пальцы в кольцо выворота, и, постепенно растягивая последнее, отталкивают дно вверх, или начинают надавливания конусообразно сложенными пальцами со стороны одного из трубных углов, или оттесняют сначала соседние с перетяжкой части.

Если прошло более 24 часов после выворота, то готовят вправление сначала тугим тампонажем влагалища. В застарелых случаях лучше производить вправление после рассечения передней или задней стенки матки вместе с обхватывающим кольцом, о чем подробнее говорится в руководствах по гинекологии.

От выворота матки надо отличать подробнее описанную Фогтом инвагинацию матки, т. е. послеродовое вворачивание сокращающегося маточного тела в расслабленную выходную трубку, при котором кольцо сокращения смещается вглубь и может показаться у наружного маточного зева. Лечение этой аномалии таково же, как и лечение атонии выходной трубки (массаж, возбуждающие сокращения средства, тампонада).

IV. НОВООБРАЗОВАНИЯ

Опухоли яичников во время беременности и родов наблюдаются довольно редко. Даже из клиник, где сосредоточиваются тяжелые случаи, сообщается только о 0,1—0,5% их. Чаще всего из них встречаются дермоиды (60%), далее кистомы (30%), затем периварикальные кисты и реже всего плотные опухоли, иногда даже двусторонние карциномы. Во время беременности опасность перекручивания ножки увеличивается (почти 12%) благодаря тому, что растущая матка все выше оттесняет опухоль в брюшную полость, где более выражены воздействия, ведущие к перекручиванию (перемена положения, движения кишечника, неравномерный рост). Возникающие при перекручивании острые перитонеальные явления легко ведут к преждевременным родам, которые могут также быть вызваны давлением со стороны опухоли, ограничением пространства, вытяжением и коллатеральной гиперемией. Такое прерывание беременности наблюдается почти в 17% случаев перекручивания ножки кист. Большие опухоли ведут при беременности к значительному усилению всех механических расстройств (одышка, застой, сердечные расстройства), маленькие же опухоли могут, располагаясь позади беременной матки, ускользнуть от пальпации и остаться совершенно незамеченными. Во время родов яичниковые опухоли, расположенные в большом тазу, над предлежащей частью, не вызывают



418. Опухоль яичника, мешающая родам (рентгеновский снимок).

никаких расстройств; если же они спускаются до входа в таз, то могут повести к оттеснению предлежащей части, ненормальному положению и неправильному членорасположению плода, выпадению пуповины и конечностей. Если они лежат ниже предлежащей части, во входе в малый таз или в его полости, то вследствие поднятия дна матки могут сместиться кверху и освободить дорогу для предлежащей части; в противном случае головка ребенка должна проходить через таз, сдавливая опухоль, что редко обходится без вреда для матери и ребенка.

По статистике Пюха, обнимающей 445 подобных случаев, в 94% наблюдались расстройства родов; Мак Керрон определяет при самопроизвольном течении родов смертность матерей в 34,29%, а смертность детей—выше 55%. Линдквист определяет материнскую смертность выше 50%.

Сужения тазового входа опухолью на несколько сантиметров уже бывает достаточно, чтобы сделать невозможным прохождение головки. Остановка родов после разрыва пузыря увеличивает опасность инфекции для матери и асфиксии для ребенка. Если схватки продолжают, то разрывается или матка или опухоль, следствием чего иногда бывает смертельный перитонит, особенно если речь идет о дермоидах с сильно раздражающим брюшину содержимым. Иногда сдавленная в тазу опухоль разрывает задний свод влагалища или переднюю стенку прямой кишки и рождается прежде головки через влагалище или через прямую кишку, причем и тогда дело может кончиться выздоровлением.

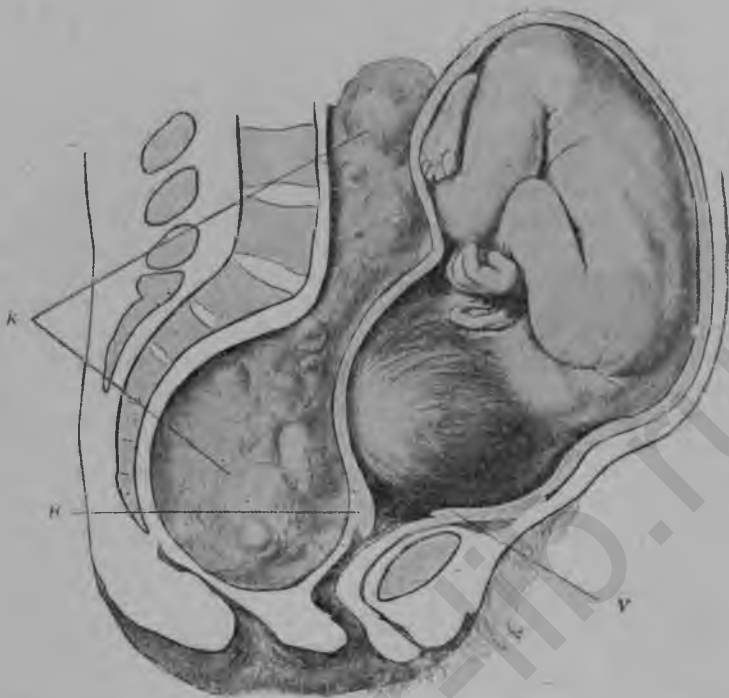
В послеродовом периоде опасность для матери не исчезает. Быстро уменьшаясь в объеме, матка усиливает наклонность опухоли к перекручиванию ножки (20%), у раздавленной опухоли легко наступают тяжелые кровоизлияния и значительно расстраивается ее питание вплоть до полного некроза, благодаря чему образуется хорошая питательная среда для микроорганизмов. Следствием этого являются нагноение и гнилостное распадение.

Д и а г н о з опухолей яичника может быть очень затруднен при беременности, но производится по тем же основным правилам, как и без нее. Часто лишь длительное наблюдение и исследование под наркозом или даже пробная лапаротомия позволяют поставить верное распознавание. У рожениц как правило безрезультатность схваток, высокое стояние наружного маточного зева, частью лежащего высоко над лонным сочленением, выполнение опухолью заднего дугласова пространства (рис. 418) позволяют правильно поставить диагноз в единственно практически важных случаях, где опухоль ведет к сужению родового канала. Природа опухоли зачастую не может быть правильно определена, особенно путем прямокишечного исследования.

Л е ч е н и е должно состоять в удалении всякой опухоли яичника у беременной путем лапаротомии; лишь в виде исключения при вколачивании ее в малый таз в более поздние месяцы беременности операцию надо производить через влагалище.

П р о г н о з овариотомии во время беременности лучше (по редуцированной статистике Грефе смертность равна 0,47%, по Орглеру—2,7%, по Керру—3,3%), нежели вне ее (5%), ибо большей частью здесь речь идет о здоровых молодых субъектах и доброкачественных опухолях. Прерывание беременности после операции наступает реже, чем без нее,—по Флатау в 15%, при исключении особо осложненных случаев—в 0,5% (также по Керру). Во время родов новейшие статистики дают смертность матерей в 8,68%, детей—в 12,93% (по Линдквисту—9,5 и 23%). Исход здесь зависит от того, удастся ли благодаря раннему распознаванию произвести вмешательство прежде, чем мать будет инфицирована, и прежде, чем матка, плод или опухоль будут механически повреждены.

О плохом прогнозе беременности в случаях, оставленных без всякого вмешательства, говорилось уже выше. Однако и искусственное родоразрешение при наличии опухоли по Линдквисту, собравшему 116 подобных случаев, наблюдавшихся после 1897 г., дает 28,57% смертности матерей и 14,29% детей. При этом иногда случаются разрывы влагалищного свода и прямой кишки, самой опухоли и ее ножки со смертельным кровотечением. Всякая попытка родоразрешения до удаления препятствия должна быть отброшена и является тяжелой ошибкой.



419. Киста яичника. Роды (по Бумму). Роды сделались возможными после вскрытия кисты через задний свод. После опорожнения кисты головка вступила в таз и была легко извлечена щипцами. Киста была вытянута через разрез заднего свода в рукав, ножка ее перевязана и перерезана, рана в своде закрыта.

К—киста; Н—задняя губа маточного зева; V—передняя губа маточного зева.

Вправление опухоли—если нужно, под наркозом при боковом или коленно-локтевом положении женщины—только в виде исключения ведет к цели (из 99 подобных случаев Линдквиста—лишь в 19, причем самопроизвольные роды потом имели место лишь у 3 больных; детская смертность равнялась 7%). Оно и небезопасно, так как при повторных попытках вправления может произойти разрыв опухоли. Я лично наблюдал при этом столь тяжелые явления шока, что должен был прибегать к чревосечению, предполагая внутреннее кровотечение. Практическим врачам поэтому можно посоветовать воздерживаться от вправления опухоли; если оно не удастся легко и немедленно, лучше по возможности раньше направлять пациенток для операции в больницу. При кистовидных опухолях может иногда возникать вопрос о необходимости пункции или о вшивании вскрытой стенки кисты в разрезанную заднюю стенку влагалища по Фричу. Однако при этом нельзя совершенно исключить возможность занесения инфекции, и пункция в таких случаях дает 9% смертности матерей и 27% детей.

В стационаре может встать вопрос о вагинальной овариотомии (рис. 419, по Бумму) при сидящих на длинной ножке кистовидных опухолях, сильно выпячивающих задний влагалищный свод, такую операцию я сам неоднократно производил с хорошим результатом, или при плодных опухолях, об абдоминальной овариотомии, которая у Пюха в 21 случае, у Линдквиста в 14 случаях прошла благо-

получно для матери с последующим самопроизвольным или искусственным родоразрешением естественным путем. Все-таки при ней погибли 14% детей, тогда как кесарское сечение с последующей овариотомией дало в 55 случаях 55 живых детей с 5,7% смертельных исходов для матери. От особенностей каждого отдельного случая зависит, какого способа операции придер- живаться после вскрытия брюшной полости.

В послеродовом периоде овариотомия должна быть производима, когда рожильница встанет с кровати, если только еще до того не наступят явления со стороны опухоли (перекручивание ножки, нагноение), которые потребуют немедленного вмеша- тельства.

Рак матки, а именно лишь рак ма- точной шейки, наблюдается в клиниках один раз на 1 600—2 000 беременностей, причем почти в 30—40% случаев этого ро- да беременность прерывается раньше вре- мени вследствие перехода воспалительного процесса со стороны распадающейся кар- циномы на яйцевые оболочки и эндомет- рий. Благодаря гиперемии и набуханию всех тканей у беременных рак при бере- менности начинает быстро расти и доволь- но скоро распространяется на близлежа- щие и более отдаленные части¹. Симптомы его те же, что и вне беременности, но боль- ные нередко относят кровотечения и выде- ления на счет беременности, вследствие че- го и обращаются к врачу впервые довольно поздно. Влияние рака на роды зависит от того, остаются ли свободными от раковой инфильтрации, нарушающей нормальную растяжимость и эластичность тканей, до- статочные участки шейчных стенок, чтобы было возможным равномерное расширение шейчного канала.

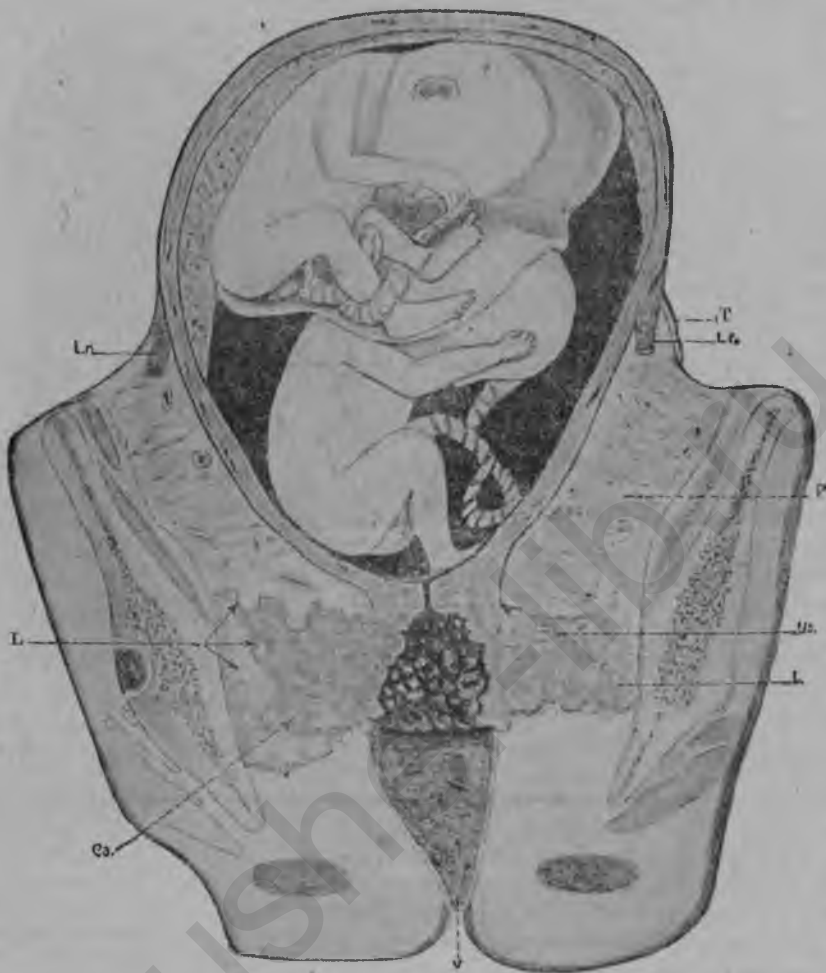
Если этого нет (как это обычно быва- ет), то ближайшим следствием является сильная задержка родов. При этом часто наблюдаются преждевре- менный разрыв плодного пузыря, ослабление схваток, лихорадка у матери вследствие распространения микробов с изъязвленной рако- вой поверхности и смерть ребенка. Если родовые схватки совсем пре- кратятся, то могут наступить так наз. «несостоявшиеся роды» (*missede labour*,) при которых мертвый плод может оставаться в матке неделями. а мать умирает, не разрешившись, вследствие наступающих гнилостных процессов. Если же родовые схватки продолжаются, то они ведут



420. Рак влагалищной части, захватившей главным обра- зом заднюю губу и стенку рукава. Кесарское сечение с последующей радикальной опе- рацией за 3 недели до нор- мального конца беременности. 35-летняя VIII-рага, сильное кровотечение, отсутствие схва- ток. Мать и ребенок выписаны здоровыми. Сагитальный раз- рез через уплотненный пре- парат.

a—передняя складка маточной брю- шины, *b*—задняя складка, *c*—внут- ренний маточный зев, покрытый неповрежденными, образующими складки яйцевыми оболочками, *d*— плацента в состоянии отслойки.

¹ Есть основания предполагать, что беременность оказывает неблагоприятное влияние и на другие злокачественные опухоли в том смысле, что с наступлением ее опухоли эти начинают разрастаться быстрее.—В. Г.



421. Двойничная беременность на VI мес. при неоперабельном раке шейки. Фронтальный разрез через матку и таз. Схематический набросок по Марциусу, Шейбу и Франке.

V—рукав, пораженный сверху раком; Ca—раковый инфильтрат в тазовой клетчатке; L—лимфатические железы; Ur.—мочеточник; P.—верхняя часть параметрия, область между листками широкой маточной связки, вытнутой вверх; Lr—круглая маточная связка; T—начало правой трубы.

к разрыву пораженной раком шейки, и наступают тяжелые повреждения последней, воздушные эмболии и смертельные кровотечения. В других случаях пораженная раком шейка не раскрывается, и чрезмерно растянутый нижний сегмент матки разрывается выше опухоли по механизму Бандля. Даже и при гладком родоразрешении женщине угрожает сепсис в послеродовом периоде, так как в раковых изъязвлениях обычно гнездятся вирулентные стрептококки. Ничего нет удивительного, что по прежним статистикам смертность матерей при раке беременной матки достигает 57%, детей—70%.

Д и а г н о з поставить здесь легко с помощью пальпации и осмотра глазом. Лишь случаи, где заболевание находится в самом начале, могут

потребовать у беременных и рожениц пробной эксцизии и микроскопического исследования.

Лечение при операбельном раке должно состоять в возможно раннем применении радикальной абдоминальной операции во всякое время беременности, а также во время родов—после предварительного извлечения ребенка в случае его жизнеспособности из вскрытой матки¹.

Смертность по новейшей статистике Бекмана равняется 6—7%. Жизнеспособные дети могут быть почти все спасены при ранней операции. Неплохи также и виды на длительное излечение матери (в среднем 20—25% по Швейцеру—даже 43% по Штеккелю—50%).

При неоперабельном раке (рис. 421) ввиду того, что мать

уже здесь спасти невозможно, необходимо считаться лишь с интересами ребенка. В конце беременности следует производить кесарское сечение по Порро вследствие опасности кровотечения, без всякой предварительной подготовки влагалища и карциномы. Маточная культя может быть помещена или ретроперитонеально или экстраперитонеально, будучи вшита в нижний угол брюшной раны. К последнему способу может и должен прибегнуть врач в случае, если больная уже не может быть доставлена в больницу, так как смертность детей при оперативном родоразрешении через рукав достигает в таких случаях 45% тогда как кесарское сечение для них почти совершенно безопасно.

При операбельном раке матки акушер должен, если это только возможно, направить роженицу в больницу. Если это почему-либо невозможно и маточный зев самостоятельно не раскрывается, то следует произвести насечки или должно быть предпринято влагалищное кесарское сечение, притом как можно раньше, пока мать не инфицировалась и состояние ребенка не стало угрожающим. После обыкновенных насечек

¹ В новейшее время в литературе описан ряд случаев применения при раке шейки у беременных радиотерапии с хорошим результатом,—беременность после этого продолжалась и заканчивалась родами живого плода.—В. Г.



422. Прикрепление плаценты на субмукозной миоме. Беременность на VII месяце.



423. Беременная матка с множественными миомами (по Штекелю).

при хороших схватках выкидают самопроизвольных родов или в случае нужды закончивают роды щипцами поворотом. В послеродовом периоде по истечении ранних стадий его больная переводится в больничное учреждение для операции.

Миомы матки, и именно небольшие, встречаются у беременных гораздо чаще, чем раки, но все же едва в $\frac{1}{2}\%$ всех беременностей. Серьезные расстройства при них также наблюдаются довольно редко, что и понятно, если принять во внимание, что большинство беременностей наступает до 35-летнего возраста, а большинство миом появляется впервые лишь позже этого возраста. Уста-

новлено, что браки миоматозных больных остаются бесплодными почти в 25% (против обычных 11%) и что плодовитость их на 1—2 меньше среднего числа в 4,5. Хофмейер показал впрочем, что повидимому предшествующая стерильность женщины благоприятствует развитию миомы, а не наоборот¹. По моим наблюдениям также миома лишь в виде редкого исключения является причиной бесплодия. Равным образом и преждевременное прерывание беременности у миоматозных больных бывает лишь немного чаще, чем обычно (10—12%). Впрочем при сильном сужении полости матки множественными миомами (рис. 423) иногда наблюдаются привычные выкидыши, а иногда пороки развития плода.

В громадном большинстве случаев беременность при миомах доходит без помехи до конца, иногда конечно с известными расстройствами механического происхождения, так как миомы не только принимают участие в свойственной беременности гипертрофии, но иногда объем их увеличивается у беременных исключительно сильно и быстро благодаря активному росту этих опухолей, отеку, расширению кровеносных и лимфатических сосудов, реже благодаря их размягчению и кистовидному перерождению. Изредка абсолютное увеличение объема беременной миоматозной матки вынуждает к операции вследствие тяжелых расстройств дыхания и застойных явлений у больных, случайного ущемления опухолей в малом тазу, перекручивания ножки субсерозных миом, сильных болей вследствие внезапного повышения напряженности стенок при интерстициальных миомах, весьма редко—вследствие ileus'a (Микulich, Вестфалер) и поворота всей матки вокруг ее оси, вызывающего такие же острые перитонеальные припадки, какие бывают при перекручивании ножки, и имеющего след-

¹ Справедливость этого взгляда подтверждает и Груздев на основании многочисленных наблюдений.—В. Г.

ствии расстройства питания опухоли. К таким же тяжелым, иногда сопровождающимся лихорадкой расстройствам ведет во время беременности полный некроз интерстициальных и субсерозных миом без перекручивания ножки вследствие расстройств питания, обусловливаемых смещениями, перегибами и сдавлениями питающих опухоль тонкостенных сосудов. В общем однако даже и сильно выраженные изменения положения и формы миом у беременных не сопровождаются заметными расстройствами и часто дают довольно благоприятный прогноз. Первоначально располагающаяся в малом тазу опухоль, угрожающая осложнениями при предстоящих родах, иногда совершенно неожиданно быстро поднимается в большой таз и освобождает родовой канал. Это может произойти уже в первом периоде родов под влиянием схваток.

Влияние миом на роды выражается в несколько более частом развитии предлежания плаценты, ненормальном положении ребенка, а также выпадении пуповины и конечностей плода. Трель находил в таких случаях 5,6% тазовых предлежаний и 2,2% поперечных положений, Сципиадес—13 и 9,7%. Слабость схваток может наступить во все периоды родов, причем в последнем периоде она особенно опасна по наступающим атоническим кровотечениям. Наблюдаются также частичная отслойка и задержка плаценты при развитии ее на миоме (рис. 422), кровотечение из места прикрепления плаценты. Если родовой канал длительно остается загражденным опухолью, то угрожает опасность осложнений, зависящих от задержки родов по механическим причинам (разрыв матки, сепсис, гибель ребенка). В послеродовом периоде опухоль, плохо питавшаяся еще во время беременности или подвергшаяся сильному сдавливанию и кровоточащая во время родов, может подвергнуться гангрене, инфицированию и нагноению или распаду. Если беременность и роды при миоме прошли благополучно, то нередко потом наступают сморщивание и обратное развитие опухоли.

Все перечисленные осложнения бывают только в исключительно редких случаях, как правило же роды протекают при миомах благополучно для матери и ребенка,—надо только при беременности ограничивать вмешательство лишь настоятельными показаниями, причем и тогда не следует прерывать беременность, а удалять миому по возможности без нарушения последней. Это достигается путем абдоминальной экстирпации миомы, сидящей на ножке, или вылучения опухоли, расположенной на не слишком широком основании. При множественных миомах надо произвести (рис. 423) надвлагалищную ампутацию или полную экстирпацию матки, каковые операции здесь не более опасны, чем вне беременности, тогда как совершенно оставленное в настоящее время искусственное прерывание беременности через влагалище является в высокой степени опасным для жизни больной благодаря наступающей задержке и разложению частей плодового яйца и переходу инфекции на миому (до 41% смертности)¹.

При родах с нормальным концом следует также по возможности держаться выжидательно при строжайшем соблюдении правил асептики. Если роды окажутся невозможными, то необходимо по возможности

¹ Эта цифра смертности несомненно преувеличена и не соответствует данным русских авторов (Рабинович и Гулевич).—И. Ф.

раньше произвести кесарское сечение с последующей миотомией, не производя при этом насильственной попытки к репозиции матки и особенно насильственного удаления ребенка при наличии опухоли. В настоящее время даже и крупные оперативные вмешательства во время беременности и родов дают только 3—4% смертности матерей. Жизнеспособные дети должны быть по возможности сберегаемы. В послеродовом периоде надо оперировать и тогда уже полностью удалять миотоматозную матку, коль скоро появятся указания на начинающийся некроз или инфекцию опухоли (ремитирующая лихорадка, местная болезненность при пальпации, увеличение опухоли, ихорозные выделения).

Опухоли различной природы, находящиеся по соседству с половыми частями, могут также суживать или даже полностью закрывать родовой канал. Лечение их должно быть производимо по тем же правилам, какие выше были указаны: во время беременности при них следует вмешиваться только тогда, когда это не грозит беременности или когда имеются указания на их злокачественность при возможности радикальной операции, в противном случае надо выждать нормального конца беременности, прибегнув к кесарскому сечению в случае, если осторожные попытки к репозиции подвижной опухоли не приведут к цели. Никогда не следует при этом жертвовать живым ребенком и насильственно протаскивать его через суженный родовой канал. Чересчур долгое выжидание зачастую ведет также к разрывам матки, смерти ребенка и смерти матери от сепсиса.

К кесарскому сечению необходимо как правило прибегать при раках и фибромах прямой кишки, метастатических опухолях заднего дугласова кармана, невروفиброматозе седалищного нерва, эхинококках, туберкулезных грануломах лимфатических желез и при саркомах последних.

Литература

Пороки развития. Zu dem ganzen Abschnitt vergl. Guggisberg in Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 7, 2, S. 335.—Ahlfeld, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 21, 1891, S. 160.—v. Guérard, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 2, 1895, S. 28.—Köstlin, Münch. med. Wochenschr., 1896, S. 1161.—Achenbach, Inaug.-Diss. Marburg, 1890.—Zinstag, Zentralbl. f. Gyn., 1888, Nr. 14.—Coester, Inaug.-Diss. Marburg, 1900.—Chloupek, Zentralbl. f. Gyn., 1903, Nr. 40.—Boërma, Berl. klin. Wochenschr., 1912, Nr. 47.—v. Meer, Hegars Beitr. zur Geb. u. Gyn., Bd. 3, 1900.—Schönberg, Inaug.-Diss. Berlin, 1889.—Bernard, Thèse de Paris, 1898.—Pinkus, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 17, 1903.—Ostermann, Zentralbl. f. Gyn., 1894, S. 123.—Boije, Engströms Mitteilungen, Bd. 3, Berlin, S. Karger, 1901.—Sitzenfrey, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 56, 1905.—Wyder, Winckels Handb. f. Geburtsh., Bd. 3, S. 161.—Wertheim, Winckels Handb., Bd. 2, 1904.—Kusmaul, Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter, Würzburg, 1859.—v. Franqué, Med. Klinik, 1916.—Bertlich, Inaug.-Diss. Heidelberg, 1913, auss erdem Trape t, Inaug.-Diss. Bonn, 1906.—Bernard, Inaug.-Diss. Leipzig, 1904.—Schindler, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 50, 1920.—Siegmund, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 76, 1927, S. 10.—Werner, Archiv f. Gyn., Bd. 104, 1915.—van de Velde, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 42 u. 43, 1915/16.—Pollack, Archiv f. Gyn., Bd. 75, 1905.—Peham, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 22, 1905.—Richter, Gyn. Rundschau, Bd. 5, 1911.—Bucura, Wien. klin. Wochenschr., 1914, Nr. 39.—Zalavsky, Arch. f. Gyn., Bd. 102, 1914.—Fraenkel, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 18, 1903.—Garkisch, Prager med. Wochenschr., 1905.—Jakesch, Zentralbl. f. Gyn., 1897.—Halban, Archiv f. Gyn., Bd. 59, 1899.—Cramer, Monatsschr. f. Gyn., Bd. 29, 1909, S. 809.—Hirschbach, Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 26.—Frank, Monatsschr. f.

Gyn., Bd. 48, 1913, Erg.-Heft.—v. Klein, Zentralbl. f. Gyn., 1913, S. 452.—Zimmermann, Archiv f. Gyn., Bd. 122, 1924.; Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1926.—Strassmann, Zentralbl. f. Gyn., 1907, S. 1322; Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 62, 1908; Bd. 85, 1922, S. 419; Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 66, 1924; Archiv f. Gyn., Bd. 125, 925; Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 16, S. 1051.—L. Fraenkell, Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 34; s. a. Puppel, Monatsschr. f. Gyn., Bd. 33, 1911.—Münzberg, Inaug.-Diss., Breslau, 1916.—Fonyo, Gyn. Rundschau, 1917, Nr. 3.—Fuchs, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 1.—v. Klein, Zentralbl., 1927, Nr. 33.—Büttner, Zentralbl., 1928, Nr. 39.—Kermauner in Halban Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 7, 2, 1928.

Рудиментарный добавочный пор: Kehrер, Inaug.-Diss. Heidelberg, 1899.—Fehr, Inaug.-Diss. Zürich, 1913; ausserdem Werth, v. Winkels Handb., Bd. 2, 1904, und Archiv f. Gyn., Bd. 76, 1905.—Engström, Mitteilungen aus Engströms Klinik, Bd. 34, 1, Berlin, 1900.—R. Freund, Archiv f. Gyn., 1906.—Hoff, Archiv f. Gyn., Bd. 80, 1906.—Fuchs, Hegars Beiträge, Bd. 11, 1907.—Limnell, Archiv f. Gyn., Bd. 81, 1907.—Reifferscheid, Deutsche med. Wochenschr., 1907, S. 1665.—Beckmann, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 68, 1911.—Brauss, Inaug.-Diss. Bonn, 1912.—v. Mandach, Gyn. Rundschau, Bd. 10, 1916, S. 226.—Kworostansky, Archiv f. Gyn., Bd. 70, 1903.—Leistner, Inaug.-Diss. Bonn, 1909.—Justi, Zeitschr. f. angewandte Anat. u. Konstitutionsl., Bd. 3, 1918.—Hoehnein, Halban u. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 8, 2, 1928.—Hinselmann, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 39, S. 724.—Schaeffer, Archiv f. Gyn., Bd. 76, 1905.—Freund, Hegars Beiträge, Bd. 4, 1901.—Hellendall, Archiv f. Gyn., Bd. 75, 1905.—Schickel, Hegars Beiträge, Bd. 8, 1904.—Staudé, Zentralbl. f. Gyn., 1912, S. 870.—Barchet, Monatsschr. f. Gyn., Bd. 36, 1912.—Piscazek, Gyn. Rundschau, Bd. 8, 1914.

Врожденные изменения: Reich, Gyn. Rundschau, Bd. 5, 1911.—Benicke, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 2, 1878, S. 262.—Ganyon, Frommels Jahresbericht, 1910.—Konrad, ebenda, 1890.—Benicke, a. a. O.—Neugebauer, Zur Lehre von den Verwachsungen und den Verengerungen der Scheide. Berlin, Karger, 1895.—Essman, Inaug.-Diss. Kopenhagen, 1896.—Kaysers, Zeitschr. Geb. u. Gyn., Bd. 27, 1893.—Schenk, Zentralbl. f. Gyn., 1900, S. 161.—Kermauner, Monatsschr. f. Gyn., Bd. 16, 1902.—Ahlström, Engströms Mitteilungen, Bd. 6, 1904.—Montini, Zentralbl. f. Gyn., 1907, S. 974.—Beckmann, Zeitschr. f. Gyn., Urologie, Bd. 4, 1913.—Kermauner, a. a. O.—Weinbaum, Zentralbl. f. Gyn., 1885, S. 128.—Menge, Zentralbl. f. Gyn., 1900, Nr. 13.—Lichtenstein, Zentralbl. f. Gyn., 1920.—Grusdew, Gyn. Rundschau, Bd. 5, 1911, S. 355.—Eberlein, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 60, 1899.—Schenk, a. a. O.—Piering, Archiv f. Gyn., Bd. 54, 1898, s. a. Ruge II, Archiv f. Gyn., Bd. 102, 1914.—Bumm, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 76, 1915, S. 548.—Ponclel, Neues Zentralbl., Bd. 5, 1914, S. 523.—Benecke, l. c.—Saia, Inaug.-Diss., Paris, 1907.—Gellhorn u. Ehrenfest, Americ. Journ. of Obst. and Diseases of Woman a. Children, 1916, Bd. 73, S. A. S. 32.—v. Klein, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 33, 1911.—Pinard, Zentralbl. f. Gyn., 1907, S. 545.—Dolérís, Frommels Jahresber., 1911, S. 542.—Meyer, Zentralbl. f. Gyn., 1907.—Hunzicker, Gyn. Helv., 8. Jahrg., 1909.—Fuchs, Zentralbl. f. Gyn., 1909.—Rueder, Zentralbl. f. Gyn., 1911.—Olshausen, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 58, 1906.—v. Bardeleben, Archiv f. Gyn., Bd. 76, 1905.—Carl Ruge II, Archiv f. Gyn., Bd. 102, 1914.—Zweifel, Archiv f. Gyn., Bd. 5, 1873.—Löhle, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 1, 1877.—Litzmann, Archiv f. Gyn., Bd. 10, 1876.—Löhle, Zentralbl. f. Gyn., 1899, S. 520.—Berszeller, Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 12.—Herard, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 56, 1921.—Seitz, Archiv f. Gyn., Bd. 90, 1910.—v. Franqué, Med. Klinik, 1912, Nr. 36 u. 37.—Schlüter, Inaug.-Diss. Bonn, 1913; s. a. A. Mayer, Hegars Beiträge, Bd. 12, 1908.—Schmidt, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 51, 1920.—Uleskos-Stroganowa, Zentralbl., 1924, Nr. 34.—Hegar, Virchows Archiv, Bd. 52, 1871.—Kaltenbach, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 2, 1878.—Ahlfeld, Lehrbuch, 2. Aufl., S. 157.—Szamek, Zentralbl., 1927, Nr. 8.—Veit, Volkmanns klin. Vorträge, 1885, Nr. 254; Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 32, 1895.—Hegar, Monatsschr. f. Geburtsk., Bd. 21, 1863.—Virchow, Die krankhaften Geschwülste, Bd. 2, 1865, S. 479.—Ahlfeld, Archiv f. Gyn., Bd. 10, 1876.—Bullius, Münch. med. Wochenschr., 1896, Nr. 23.—Emanuel, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 31 u. 32, 1895; Bd. 26, 1897.—Mertens, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 21, 1895.—Abernetty, Med. Klinik, 1921, Nr. 41.—Maslowsky, Monatsschr. f. Geb.

u. Gyn., Bd. 4, 1896, S. 212.—Neumann, ebenda, S. 110.—Stravoskiades, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 17, 1903.—Hegar, Monatsschr. f. Geburtsh., Bd. 22, 1863, S. 429.—Breus, Archiv f. Gyn., 1882.—v. d. Hoeven, Monatsschr. f. Geburtsh., Bd. 10, 1899.—v. d. Velde, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 75, 1914.—Hinselmann, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 76, 1915.—H. A. Schmidt, in Halban u. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 6, 2, 1925 und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 70, 1925.—Lohlein, Zentralbl. f. Gyn., 1892, Nr. 11.—Neumann, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 4, 1896, S. 110.—Gerhartz, Deutsche med. Wochenschr., 1917, Nr. 3.—Blanc, Ann. d. Gyn., 1892.—Wertheim, Winckels Handb., Bd. 2, 1904.—Gross, Prager med. Wochenschr., 1906, Nr. 20.—Blumreich, Archiv f. Gyn., Bd. 68, 1903.—Hlawacek, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 6, 1897.—Martius, Zentralbl. f. Gyn., 1920, Nr. 44.—Richter, ebenda, 1923, Nr. 10.—Bockmann, ebenda, 1923, S. 372.—Braun, 1925, Nr. 51.—Schwarzkopf, ebenda, 1924, Nr. 24.—Kräuter, Archiv f. Gyn., Bd. 22, 1924.—Heuer, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1927.

Изменения положения: Spiwack-Weitz, Inaug.-Diss. Berlin, 1911.—Walthard, München Gyn.-Kongress, 1911.—Behrend, Inaug.-Diss. Jena, 1914.—Sperling, Zentralbl. f. Gyn., 1910, S. 1424; s. a. Makkas, Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 106.—Krause, Zentralbl. f. Gyn., 1925, Nr. 44.—Oelschlägel, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 9.—Küstner, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 36, 1912, Erg.-Heft.—Cramer, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 61, 1908.

Поворот вокруг оси: Lohlein, Deutsche med. Wochenschr., 1897, Nr. 14.—Sume, Frommels Jahresber., 1906, S. 725.—Glinkski, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 31, 1910.—Vogt, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 57, 1922.—Weinzierl, ebenda, Bd. 59, 1922.—Kiparsky, Zentralbl. f. Gyn., 1924, S. 169.—Bretz, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 69, 1925.—Stork, Zentralblatt f. Gyn., 1925, Nr. 12.—Köhler, Zentralbl. f. Gyn., 1927, Nr. 38.

Оперативная фиксация матки: Freund, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 67, 1910.—v. Franqué, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 33, 1911, S. 581.—Esch, Gyn. Rundschau, Bd. 5, 1911.—Weibel, Archiv f. Gyn., Bd. 105, 1916.—Graefe, Zentralbl. f. Gyn., 1916.—Hornung, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 90, 1926.—Melhuba, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 7.—Küstner H., Münch. med. Wochenschr., 1928, Nr. 24.—Strassmann, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 33, 1895; Archiv f. Gyn., Bd. 50, 1896.—Rühl, Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach Vaginofixation. Berlin, Karger, 1897.—Seegert, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 55, 1905.—Calmann, Zentralbl. f. Gyn., 1906.—Rühl, Münch. med. Wochenschr., 1906.—Engström, Engstroms Mitteilungen, Bd. 7, 1906.—Haupst, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 25, 1907.—Leopold, Gyn. Rundschau, Bd. 2, 1908.—Stickel, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 69, 1911.—Hövelmann, Inaug.-Diss. Kiel, 1912.—Rhode, Inaug.-Diss. Berlin, 1912.—Löwenthal, Inaug.-Diss. Berlin, 1912.—Schauta, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 35, 1912.—Bonnet, Inaug.-Diss. Greifswald, 1913.—Hecke, Inaug.-Diss. Breslau, 1913.—Jennissen, Zentralbl. f. d. ges. Gyn., Bd. 3, 1913.—Küstner, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 39, 1914.—Gysin v. Liestal, Gyn. Rundschau, Bd. 11, 1917.—A. Mayer, Zentralbl. f. Gyn., 1928, Nr. 30.—Kuhlmann, Inaug.-Diss., Bonn, 1929.

Retroflexio: Chrobak, Zentralbl. f. Gyn., 1892.—E. Martin, Neigungen und Beugungen der Gebärmutter, Berlin, 1866.—G. Veit, Volkmanns klin. Vorträge, Gyn., Bd. 50, 1879.—Krackenberg, Archiv f. Gyn., Bd. 19, 1882.—Gottschalk, Archiv f. Gyn., Bd. 46, 1894.—Dührssen, Archiv f. Gyn., Bd. 57, 1899.—Keitler, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 13, 1901.—Wertheim, Winckels Handb., Bd. 2, 1, 1904.—Benneke, Zentralbl. f. Gyn., 1906.—Küstner, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 25, 1907.—Trillat, Ann. d. Gyn. d'Obstétr., Bd. 34, 1907.—v. Kubiny, Volkmanns klin. Vorträge, 1910, Nr. 192.—Graefe, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 34, 1911.—Cramer, Münch. med. Wochenschr., 1911, Nr. 13.—Mathes, ebenda, Nr. 18.—Küstner, Döderleins Handb., Bd. 2, 1916.—Unterberger, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 18.—Schweitzer, ebenda, 1923, Nr. 28.—Dienst, Deutsche med. Wochenschr., 1905, Nr. 16.—Rosenberger, Hegars Beiträge, Bd. 14, 1909.—Grenser, Monatsschr. f. Geburtsk., Bd. 9, 1856.—Pestalozza, La Ginecologia, Bd. 5, 1905.—Schlichting, Gyn. Rundschau, 1908, Nr. 13.—Hencckel, Münch. med. Wochenschr., 1909.—Maiss, Zentralbl. f. Gyn., 1910, S. 824.—Hamerschlag, Berl. klin. Wochenschr., 1913, Nr. 10.—Hencckel, Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 51.—Franz, Münch. med. Wochenschrift, 1898, Nr. 1.—Lange, Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 36.—Campe

bell. Frommels Jahresber., 1909, S. 578.—Fonyo, Zentralbl. f. Gyn., 1913, Nr. 34.—Solowiy, ebenda, Nr. 44.

Пролапс: v. Franqué, Der Vorfall der Gebärmutter, Habilit.-Schrift, Würzburg, 1860.—Hüter, Monatsschr. f. Geburtsk., Bd. 16, 1860.—Giebler, Inaug.-Diss. Breslau, 1911.—v. Braun, v. Winckels Handb., Bd. 2, 1904.—Küstner, Döderleins Handb. Bd. 2, 1916.—Hannak, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 55, 1921.—Kritzler, Zentralbl. f. Gyn., 1921, S. 1753.—Winckel, Zentralbl. f. Gyn., 1907, S. 399.—Reifferscheidt in Halban u. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 8, 1924.

Острый отек шейки: Geyl, Volkmanns klin. Vorträge, 1895, Nr. 128.—Jolly, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 52, 1904.—Seitz, Zentralbl. f. Gyn., 1905, Nr. 10.—Meyer-Ruegg, 1913, S. 82.—E. Zweifel, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 54, 1921.

Inversio uteri: v. Braun-Fernwald, v. Winckels Handb., Bd. 3, 2, 1906.—Zangemeister, Döderleins Handb., Bd. 2, Erg.-Bd., 1917.—Kocks, Zentralbl. f. Gyn., 1890, Nr. 20.—Beckmann, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 31, 1895.—Vogel, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 42, 1900.—Schauta, Wien. klin. Wochenschr., 1903, Nr. 28.—Pachner, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 33, 1911.—Loiasano, Archiv f. Gyn., Bd. 93, 1911.—Philipp, Journ. of obst. a. gyn. of Brit. Emp., Bd. 21, 1912.—Thorn, Volkmanns klin. Vorträge, Gyn., 1911, Nr. 229/31.—Zangemeister, Deutsche med. Wochenschr., 1913.—Schaefler, Zeitschr. f. Gyn., Bd. 76, 1914.—Jolly, ebenda.—v. Jaschke, Zentralbl. f. Gyn., 1915, Nr. 32.—Rody, Inaug.-Diss. Bonn, 1914.—Haselhorst, Zentralbl. f. Gyn., 1927, Nr. 15.—E. Vogt, Arch. f. Gyn., Bd. 111, 1923.

Опухоли яичника: Wertheim, Küstner, a. a. O., Pfannenstiel, Veits Handb. d. Gyn., Bd. 4, 1908.—Orgler, Archiv f. Gyn., Bd. 65, 1902.—MacKerrow, Edinburg. med. journ., 1903.—Fehling, Münch. med. Wochenschr., 1904.—Graefe, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 56, 1905.—v. Franqué, Prager med. Wochenschr., 1907, Nr. 40.—Wellier, Inaug.-Diss. Berlin, 1906.—Zickel, Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 14.—Retzlaff, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 25, 1907.—Flatau, Archiv f. Gyn., Bd. 82, 1907.—Kerr, Glasgow. med. journ., 1907.—Korobkoff, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1910, Erg.-Heft.—Soderberg, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 65, 1910.—Goergens, Inaug.-Diss. Bonn, 1912.—Puech, Montpeleier medic., Bd. 17, 1913 (Neues Zentralbl., 1914).—Kemp, Zentralbl. f. Gyn., 1914, Nr. 12.—Michaelis, ebenda, Nr. 4.—Lindquist, Nordiskt medic. archiv, 1914, Abt. 1, Nr. 10.—Björkenheim, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 51.—Sieber, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 25.—A. Mayer in Halban u. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 5, 2, 1926.—Schmücker, Inaug.-Diss. Bonn, 1913.

Рак матки: Wertheim, Küstner, a. a. O., Sarwey, Viets Handb. d. Gyn., Bd. 3, 1908, 2. Aufl.—v. Franqué, Prager med. Wochenschr., Bd. 30 u. 31, 1905—1906.—Scheib, Archiv f. Gyn., Bd. 87, 1909.—Cohnheim, Archiv f. Gyn., Bd. 5, 1873.—Theilhaber, Archif f. Gyn., Bd. 47, 1894.—Labhardt, Hegars Beiträge, Bd. 6, 1907.—Fränkel, Volkmanns klin. Vorträge, 1903, Nr. 351.—Beckmann, Zeitschr. f. Gyn., Bd. 67, 1910.—Weise, Inaug.-Diss. Jena, 1913.—Frankl, Zentralbl. f. Gyn., 1921, S. 1095.—Schweitzer, ebenda, 1923, Nr. 17.—Sommer, ebenda, 1925, Nr. 14.—Kermauner in Halban u. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes. Bd. 4, 1928.—v. Franque in Veit-Stoekels Handb. d. Gyn., Bd. 6, 2, 1929.

Миомы: Wertheim, Küstner, a. a. O., Olshausen, Veits Handb. d. Gyn., Bd. 1, 1907.—Hofmeier, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 30, 1894 u. Bd. 62, 1900; Handb. d. Gyn., 1913.—Bas, Inaug.-Diss. Basel, 1907.—v. Franqué, Prager med. Wochenschr., 1906, Nr. 40; Zeitschr., Bd. 64, 1909.—Spaeth, Deutsche med. Wochenschr., 1908.—Th. Landau, Myom bei Schwangerschaft usw. Berlin-Wien, 1912 (Atlas und Text).—Goetze, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1910.—Löfquist, Engströms Mitteilungen, Bd. 8, 1910.—Troell, Studien über Uterusmyom usw., Stockholm, 1910.—Legeu, Presse med., 1911, Nr. 39.—Sitzenfrey, Archiv f. Gyn., Bd. 94, 1911.—Katz, Inaug.-Diss. Tübingen, 1912.—Szametz, Inaug.-Diss. Freiburg, 1912.—Ihm, Volkmanns klin. Vorträge d. Gyn., 1912, Nr. 243/44.—Engström, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 36, 1912, Egr.-Heft.—Löwe, Münch. med. Wochenschr., 1912.—Scipia des, Mitteilungen aus Taufers Klinik in Ofen-Pest, Bd. 2, 1912—1913.—v. Mikulicz, Münch. med. Wochenschr., 1926, S. 1352.—Westphalen, Zentralbl. f. Gyn., 1926, S. 423.—Albrecht in Halban u.

Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 4, 1928.—H. R. Schmidt, Med. Klinik, 1926, Nr. 37.

Различные опухоли в окружающих матку тканях:
Holzapfel, Hegars Beiträge, Bd. 2, 1899.—Nijhoff, Zentralbl. f. Gyn., 1905.—
Vetter, Inaug.-Diss. Rostock, 1914.—Heil, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 62,
1923.—Katz und Kaspar, Archiv f. Gyn., Bd. 128, 1926.—Frankl, Monatsschr.,
76, 1927.—Alexandrow, Zentralbl. f. Gyn., 1906.—Couvellaire, Monats-
schr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 22, 1905, S. 864.—Müller, Frommels Jahresber., 1907,
S. 598.—Pock, Gyn. Rundschau, Bd. 10, 1916.—Hausmann, Archiv f. Gyn.,
Bd. 12, 1877.—Franta, Annales de gyn. et d'obst., Bd. 57, 1902.—Bertino, *La*
Ginecologia, Bd. 8, 1910.—Bonnaire u. Metzger, Zentralbl. f. Gyn.,
1910, S. 1058.—Fries, Zentralbl. f. Gyn., 1912.—Gussakow, ebenda.—Scha-
uta, Zentralbl. f. Gyn., 1915, Nr. 31.—Küstner, Der abdominale Kaiserschnitt,
Wiesbaden, 1915.—Knaer, Monatsschr. f. Gyn., Bd. 17, 1903.—Zickel, *Deut-*
sche med. Wochenschr., 1913.—Wortmann, Inaug.-Diss. Bonn, 1915.—Gari-
sch, *Prager med. Wochenschr.*, Bd. 30, 1905.

akusher-lib.ru

ВЫКИДЫШ (АБОРТ)

В. Штеккель (Берлин)

Абортом называется прерывание беременности до 28 недель, когда зародыш или позднее плод является неспособным к внеутробной жизни. После этого срока он является жизнеспособным и тем чаще сохраняет жизнь, чем он старше. Прерывание беременности с 29-й по 39-ю неделю называется преждевременными родами.

По старым статистикам один аборт приходится на 4—6 нормальных родов (Альфельд, Франц, Кейстнер, Кюстнер). Многочисленные статистические данные последних лет к сожалению являются несравнимыми, так как в основу их положен различный материал. Город и село, клиника и частичная практика дают совершенно разные цифры.

По Шотелиусу в Гамбурге в 1919 г. было 8 700 абортов, т. е. на двое родов приходился один аборт; по Неверману в том же городе за 1925 г. было уже 12 тыс. абортов, т. е. два аборта приходились на трое родов.

Частота абортов увеличивается, особенно в больших городах, что обуславливается резким ростом искусственных абортов. Многородящие и незамужние прибегают к аборту чаще, чем первородящие и замужние. Очень ранний аборт довольно часто не распознается врачом, а также не принимается во внимание и abortирующей женщиной.

Этиология и анатомия

Преждевременное изгнание плодного яйца происходит в тех случаях, когда плод умирает или когда связь яйца с маточной стенкой—при умирании плода или помимо его—преждевременно нарушается. Причинами этого могут быть различные расстройства материнского организма или плодного яйца, а именно:

1. Заболевания половой сферы. 1. Децидуальный эндометрит. Децидуальная ткань богата лейкоцитами, а иногда пронизана кровяными сгустками (endometritis haemorrhagica) или резко гиперплазирована (endometritis polyposa). Это ведет к увеличению секреции децидуальных желез и к кровотечениям. В decidua basalis (serotina) в результате резкого ферментативного действия клеток хориона децидуальные клетки расплавляются, проникшие в отпадающую оболочку ворсины становятся более слабо прикрепленными, сосуды на значительном протяжении бывают прорастены и закупорены эпителием ворсин. Следствием этого являются застои в области плаценты, кровотечения, нарушения питания плода. Бывает более поверхностная или более глубокая прививка яйца, более прочная или более слабая связь между яйцом и маткой зависит от ферментативных свойств тканей матери и плода и от места прививки яйца. Насколько велико здесь значение гонорей как этиологического фактора, мы пока еще точно не знаем.

2. Препятствие для роста матки: а) ретрофлексия беременной матки: если самостоятельного исправления положения последней не происходит (плоский таз, спайки, тяжелая физическая работа), а ручное выправление матки не произведено, тогда наступает прогрессирующий застой крови, распространяющийся и на яйцо; иногда подобные же условия возникают при пролапсах, которые однако в большинстве случаев не ведут к прерыванию беременности;

б) периметрические сращения при ретрофлексии или реже при антефлексии;

в) ущемившиеся опухоли (новообразования яичников, миомы).

3. Недостаточные размеры полости матки:
а) недостаточное развитие или пороки развития (детская матка, являющаяся повидимому причиной многих абортов у первородящих, однорогая и двуорогая матка);

б) миоматозная матка—в случае, где имеется много интрамуральных миоматозных узлов, суживающих полость органа.

4. Недостаточно защищенное положение нижнего полюса яйца (глубокие старые разрывы шейки, бывшая тампонация влагалищной части, шеечная беременность), особенно если к этому присоединяются обильные выделения (гонорея).

Штыве полагает, что при старых разрывах шейки раскрытие нижнего сегмента при беременности распространяется и на цервикальный канал, что и ведет к аборту.

5. Внутрисекреторное влияние желтого тела, значение которого для развития децидуальной ткани, прививки яйца и образования плаценты твердо установлено, хотя и не вполне обосновано. Принято считать, что секреторные расстройства желтого тела ведут к дегенеративным изменениям яйца (Зейтц). Может быть и опухоли яичников оказывают вредное действие не столько механически, сколько внутрисекреторно.

Этой теории противоречат некоторые наблюдения, напр. наблюдение Эссен-Меллера, где имели место роды здорового ребенка через 269 дней после двусторонней овариотомии.

Что матка в то время, когда у женщины при отсутствии беременности можно было бы ожидать менструации, становится легко возбудимой и склонной к сокращениям,—это одними авторами признается, другими же оспаривается.

6. Заболевания плодного яйца (напр. пузырьный занос), а также различная резистентность его.

II. Острые инфекционные заболевания. 1. Общие инфекции — корь, скарлатина, грипп, инфлуенца, холера, тиф, оспа, малярия, сепсис.

2. Инфекции, локализованные вне половой сфeры: пневмония, плеврит, аппендицит, пиелит.

Аборт при этих заболеваниях наступает либо вследствие высокой температуры, которая вызывает сокращения матки и оказывает вредное воздействие на плод, либо на почве интоксикации (нарушение работы сердца, понижение кровяного давления), чрезмерное накопление углекислоты в крови, непосредственное вредное влияние на плод, повреждение отпадающей оболочки), либо изредка вследствие инфекции самого плода, когда циркулирующие в крови матери микроорганизмы повреждают нормально непроходимый плацентарный фильтр с материнской стороны, так что последний становится проходным для микробов (доказано для тифозных палочек, стрептококков, стафилококков, оспенного вируса).

III. Хронические инфекции. 1. Сифилис согласно современным данным постепенно переходит на плод (благодаря повреждению плаценты спирохетами); в случае, если он ведет к аборту, он оказывает свое действие уже после четырех месяцев беременности; прежний взгляд, что сифилис является наиболее частой причиной ранних абортов вплоть до 4 месяцев, оказался ошибочным.

2. Туберкулез. Переход туберкулезных палочек к плоду происходит через плаценту, что однако случается крайне редко; самопроизвольное прерывание беременности обычно является следствием

далеко зашедшего заболевания матери вследствие тяжелых нарушений циркуляции.

IV. Декомпенсированные пороки сердца. Застой крови, недостаточное окисление, кровотечения в яйцевые оболочки и плаценту.

V. Хронический нефрит (повышение кровяного давления, разрывы сосудов плодного яйца, белые инфаркты плаценты, преждевременное отделение последа). Диабет в одной трети всех случаев ведет к аборту.

VI. Медикаментозные интоксикации (фосфор, свинец, ртуть, углекислота, алкоголь, можжевельник, чрезмерные дозы таких средств, как алое, кантаридин).

VII. Травмы (падение, растяжение связок, переноска тяжестей, сильное натуживание при испражнении и пр.) являются по мнению самих женщин наиболее частой причиной аборта, но большей частью не настоящей причиной, а нередко служащей лишь для сокрытия факта искусственного аборта.

Матка в различных случаях различно реагирует на внешние раздражения— иногда даже сильная травма (удары ногой в живот, повторные падения с воза, наполненного сеном, падения с крутой лестницы, падения назад при катании на коньках, грубый массаж брюшных стенок и т. д.) остается без всякого влияния на беременную матку¹.

Известны даже случаи, когда при нераспознанной беременности матка зондировалась, промывалась, даже подвергалась выскабливанию, и все же аборт не наступало. Описаны затем случаи, где при двойной матке операция искусственного аборта и последующая тампонация высоближенной половины матки никак не отражались на другом плодном яйце, расположенном во второй половине матки (Фальк), даже больше того— в случае Хольбаха удаление одного плодного яйца при двойных в однополостной матке не помешало дальнейшему развитию другого яйца.

Гинекологические операции, как абдоминальные, так и влагалищные, производимые как на самой матке (энуклеация миом, зашивание старых разрывов шейки), так и в непосредственной близости к ней, тоже иногда не ведут к прерыванию беременности. С другой стороны, относительно незначительные инсульты могут вызывать маточные сокращения, ведущие к аборту (бимануальное исследование, частый и бурный coitus, поездка по железной дороге или на телеге по плохой мостовой, быстрый бег и т. п.). Матка женщин, которые однажды или многократно абортировали, является в этом отношении особенно чувствительной и легко реагирует даже на незначительные раздражения.

VIII. Психические травмы в этиологии выкидышей имеют меньшее значение, и роль их считается научно необоснованной. Однако несомненно, что сильные и внезапные волнения, тяжелые душевные потрясения могут повести к прерыванию беременности.

Боделок наблюдал 62 случая аборта после взрыва порохового склада. Во время обстрела Страсбурга в 1870/71 г. абортировали многие женщины, попрятавшиеся в подвалах (Фрич). Во время мировой войны наблюдалось значительное учащение абортов вследствие душевных потрясений (Эбелер).

IX. Недостаточное питание беременных рассматривалось прежде как причина, способствующая аборту (Негеле, голод 1816 г.). Мировая война побудила возобновить исследования по вопросу о том, влияет ли на плод пониженное питание матери.

¹ Влияние травмы как момента, ведущего к прерыванию беременности, является резко различным в зависимости от того, имеет ли место беременность в совершенно здоровой матке или в патологически измененной, напр. в недоразвитой (инфантильной), пораженной хроническими воспалительными процессами и пр.: тогда как в случаях первого рода даже очень сильная травма не ведет к прерыванию беременности, в случаях второй категории даже легкой травмы зачастую бывает достаточно, чтобы вызвать выкидыш.—В. Г.

Момм, Мосмер, Руге II и Зигель доказали, что развитие плода не зависит от питания матери¹ и что «военные дети» достаточно крепки. Недостаточное питание женщины ведет повидимому скорее к понижению деятельности яичников, что вызывает аменорею (так наз. аменорея военного времени, Яворский, Дитрих).

Для многих абортов не удается найти удовлетворительного объяснения их причины.

Среди абортов различают полные (*abortus completus*, одномоментный аборт по Альфельду), когда неразорвавшееся яйцо выталкивается из матки целиком, и неполные (*abortus incompletus*, двухмоментный аборт), когда после разрыва оболочек плацента не тотчас следует за ними. В этой последней форме протекают как правило поздние аборты, при ранних же абортах (до 4 недель) эта форма представляет исключение и вызывает притом подозрение, что в данном случае были применены манипуляции. Если после рождения плодных оболочек кровотечение не прекращается, это указывает, что они выделились не полностью, и в матке имеются остатки плодного яйца. Если далее после аборта наступают неправильные кровотечения или менструации делаются слишком сильными, то мы говорим о послеабортном эндометрите (*endometritis postabortum*), при котором обычно имеют место плохое обратное развитие децидуальной ткани и гиперплазия слизистой. В большинстве случаев такого рода в матке обнаруживаются задержавшиеся остатки хориальных ворсинок.

При частом повторении выкидышей у одной и той же женщины говорят о п р и в ы ч н о м а б о р т е².

Не всегда смерть плода непременно ведет за собой наступление аборта. Плодные оболочки могут после нее, хотя они больше не растут, все же еще питаться, в особенности ворсинки хориона могут долгое время сохранять свою жизнеспособность. Околоплодная жидкость всасывается, оболочки сморщиваются и отделяются от стенок матки, вследствие чего происходят кровоизлияния вокруг яйца, а после разрыва оболочек — и непосредственно в полость его. Полностью окруженное и пропитанное кровью яйцо образует «кровяной занос», который потом путем постепенной организации и выщелачивания красящего вещества крови превращается в «мясной занос». В других случаях лишь в отдельных участках хориона образуются субхориальные гематомы, которые сидят в виде темных красно-синих возвышений между отпадающей и ворсистой оболочками и могут сильно суживать амниональную полость (кровяной занос Брейса). Зародыш в последней часто отсутствует, что является следствием либо незаметного отхождения его через влагалище либо его полного рассасывания.

Повидимому иногда субхориальные гематомы возникают не в результате кровоизлияния при разрыве сосудов, а вследствие переполнения кровью межворсинчатых пространств (аневризматический занос Бауэррейзена). Некоторые авторы полагают, что прежде всего развивается здесь многоводие — или первичное или вследствие трансудации из материнских тканей, а затем всасывание околоплодной жидкости вызывает сморщивание оболочек, которые и обуславливают возникновение субхориальных кровотечений (Давидсон).

¹ Этот вопрос повидимому нельзя считать твердо решенным. Клинические наблюдения в этой области находятся в резком противоречии с солидными экспериментальными исследованиями. В частности работами Джони подтверждается несомненное влияние питания матери на внутриутробное развитие плода. — И. Ф.

² Афанасьевский подметил, что привычные аборты обыкновенно наблюдаются в те дни, когда женщина обычно, будучи небеременной, менструирует. Груздев подтверждает это наблюдение. — В. Г.

Если умерший плод задерживается в матке на долгое время, то в случае отсутствия бактериального воздействия происходит его мацерация, которая неправильно называется трупным разложением. Процессы гниения не играют при этом никакой роли. Мацерированный плод не имеет никакого запаха. Эпидермис его приподымается в виде пузырей, которые лопаются, и тогда обнажается красный, богатый сосудами подэпителиальный слой кожи. При этом наступает гемолиз, который ведет к кровянистому окрашиванию околоплодных вод и коричневому окрашиванию пуповины и кожи плода (*foetus sanguinolentus*). В основе процесса здесь повидимому лежит аутолиз, предпосылкой которого является нахождение умершего плода во влажной теплой среде (околоплодные воды). Во всяком случае мацерация плода есть процесс асептический.

Время смерти плода нельзя установить ни по мацерации ни по ее распространенности, потому что процесс этот распространяется с различной быстротой и выступает в весьма различном объеме. В глазу жидкость передней камеры глаза и стекловидного тела первая меняет свой вид, хрусталик же растворяется последним (Рунге).

Если умершее и задержавшееся в матке яйцо будет инфицировано со стороны влагалища, тогда вследствие воздействия гнилостных микроорганизмов плод и оболочки подвергаются ихорозному распаду. Такого рода яйца и плоды издают резкий зловонный запах, кожа и пуповина окрашиваются в желто-зеленый цвет и вскоре обесцвечиваются; образование газов в матке может происходить настолько сильно, что удается постукиванием определить тимпанию матки, а при опорожнении матки можно бывает подметить выхождение пузырьков газа. Образование газов может иметь место и под кожей плода (кожная эмфизема).

Гораздо реже, чем мацерация и разложение, при затянувшемся аборте наступает мумификация задержавшегося плода. Большей частью она имеет место при беременности свыше 3 месяцев. Околоплодные воды при этом целиком всасываются, плод съезживается, его кожа становится плотной и туго обтягивает ясно заметный скелет, все тело плода сдавливается и становится совершенно плоским (бумажный плод—*foetus papiraceus*, о развитии которого при многоплодной беременности см. выше).

Еще реже наблюдается происходящее вероятно под действием микроорганизмов внутриматочное скелетирование плода (27 случаев в литературе) и как особая редкость—окаменение (петрификация) его, при котором оболочки и зародыш импрегнируются поступающей из материнской крови известью (Хенниг).

Если задержка плодного яйца в матке очень продолжительная, то говорят о несостоявшемся выкидыше, *missed abortion* (Дункан). Указывающие на наступление аборта кровотечения при этом прекращаются, и могут пройти месяцы, прежде чем вызванное новой менструальной гиперемией кровотечение приведет к изгнанию плодного яйца. Особенно продолжительная задержка отмечается в весьма редких случаях петрификации плода (свыше 1 года, в одном случае даже 46 лет). Иногда в матке задерживаются на долгое время только отдельные части скелета плода.

Хрящевая ткань плода может по наблюдениям Талера переживать смерть зародыша на месяцы.

В отдельных случаях аборт может сопровождаться самопроизвольными разрывами маточной шейки. Здесь имеется некоторое сходство с центральными разрывами промежности. Как в последних случаях, рождение ребенка происходит не через половую щель, а через образовавшееся в промежности отверстие, точно так же и при аборте, если маточный зев закрыт или лишь незначительно открыт, яйцо может изгоняться через разрыв задней стенки шейки, не доходящий до наружного зева. Оно прежде всего изгоняется при этом в растянутый в виде пузыря цервикальный канал (цервикальный аборт), растягивая его настолько сильно, что истонченная задняя стенка шейки выше маточного зева раз-



424. Рождение плода через центральный разрыв шейки. Головка высовывается через разрыв, ножки через маточный зев спешиваются в рукав (по Кафье).

425. Рождение плода через центральный разрыв стенки в задний свод рукава при лежащей в цервикальном канале ламинарии (по Федерлину).

рывается, и плодное яйцо через этот разрыв частично или полностью поступает во влагалище. Кровотечение при этом иногда совершенно отсутствует или бывает незначительно, иногда же бывает очень сильным, причем обычно на месте разрыва остается маточно-влагалищный свищ (*fistula cervico-laqueatica*, Нейгебауэр). Брюннер собрал в литературе 34 подобных случая (27 при абортах и 7 при срочных родах). В этиологии здесь важную роль играет приобретенная или врожденная ригидность наружного зева, почему довольно часто подобные разрывы происходят на IV или V месяце беременности у женщин с гипопластическими инфантильными половыми частями¹ (Вышинский), или у женщин с рубцовым изменением маточного зева (после ампутации влагалищной части шейки по Шеферу), или при наличии кистовидного перерождения маточной мускулатуры (Штеккель). Иногда центральные разрывы шейки возникают на почве преступных манипуляций.

Профилактика аборта

К выяснению предупредительных мероприятий приступают обычно лишь после повторного или привычного аборта у женщины. При положительной реакции на сифилис оба супруга конечно подвергаются противосифилитическому лечению вплоть до действительного излечения. Иногда у абортировавшей женщины обнаруживается смещение матки или миоматоз ее. В первом случае исправления положения матки иногда бывает достаточно, чтобы обеспечить нормальное течение беременности.

¹ С имеющейся в этих случаях усиленной антефлексией. В русской литературе на это обстоятельство обратил внимание Бубличенко.—И. Ф.

При многих предсказание в отношении помощи, которой можно ждать от операции, должно быть очень сдержанным,—перед такой операцией нельзя наверно предвидеть, останется ли она действительно лишь консервативной. Опухоль яичника подлежит удалению.

Если никакой местной причины аборта обнаружить не удастся, тогда в большинстве случаев следует произвести выскабливание матки, чтобы достигнуть обновления слизистой оболочки. Средством, которое по моим наблюдениям не всегда остается бесполезным, является затем даже у женщин, у которых сифилис не установлен, дача в течение первых четырех месяцев беременности маленьких доз йода, употребление которых прекращается лишь при появлении иодизма.

Угрожающий аборт

Не всякое маточное кровотечение у беременной означает наступление неудержимого выталкивания плодного яйца. Если оно действительно происходит из матки, то конечно всегда свидетельствует, что плодное яйцо на известном месте отслоилось от маточной стенки, и аборт грозит наступить; но если отслойка имела место лишь на незначительном участке, кровотечение может прекратиться, не нарушая дальнейшего развития и питания плодного яйца¹. Оттого подобные начальные кровотечения при отсутствии одновременных сокращений матки требуют крайней осторожности, но ни в коем случае не радикального вмешательства. При них следует избегать всего, что может вызвать раздражение маточной мускулатуры, и рекомендуется полный постельный покой до остановки кровотечения, иногда свечи с кодеином или опиумом, при затянувшихся слабых кровянистых выделениях—опийная настойка внутрь по 8 капель через 2 часа в течение 1—2 дней².

Нужное для установки диагноза комбинированное исследование должно быть производимо в этих случаях крайне осторожно. Если палец, введенный во влагалище, находит маточный зев закрытым, то наружная рука ограничивается лишь осторожным определением высоты стояния дна матки—этого достаточно, чтобы установить срок беременности и определить, что аборт находится еще лишь в самом начале. После этого исследующие руки тотчас же удаляются без давления на матку или передвижения ее из стороны в сторону. Повторного исследования производить не надо, раз процесс остановился.

Многочисленные разочарования в том отношении, что угрожающий аборт не остановился, а продолжал прогрессировать, зависят именно от того, что не стараются добиться полного покоя матки при имеющемся у беременной слабом кровотечении.

Я наблюдал в одном случае женщину с резкой анемией и сильным кровотечением, у которой очень опытный врач установил жизненные показания к опорожнению матки (у больной была беременность 2 месяцев). Маточный зев однако оставался здесь закрытым, кровотечение прекратилось, не возобновлялось больше, и к концу X месяца женщина родила здорового ребенка.

При заботливом наблюдении за больной в подобных случаях всегда будет время в случае нужды прибегнуть к радикальному вмешательству.

¹ Это относится не только к незначительным, но и к сильнейшим кровотечениям у беременных.—В. Г.

² Из других лекарственных средств для остановки начавшегося аборта особенно можно рекомендовать стигитцин (солянокислый котарнин) по 0,05 3—5 раз в день, стиптол (фталевокислый котарнин) в такой же дозе, а также *extr. fluid. viburni-prunifolii* по 30 кап. 3—4 раза в день.—В. Г.

В некоторых случаях кровянистые отделения в первое время беременности выделяются не из полости матки, а из эрозивной поверхности шейки, не имея таким образом ничего общего ни с плодным яйцом ни с его отслойкой. Они наступают при трудном испражнении, после полового сношения, также и самопроизвольно—именно после продолжительной ходьбы—и могут быть точно распознаны при обнажении шейки зеркалом. Предположение об эрозии возникает, если при внутреннем исследовании будет обнаружено полное закрытие маточного зева, причем одновременно будет замечена мягкость губ маточного зева, и если кровотечение будет резко усиливаться даже после осторожного прикосновения к шейке. Я лечу подобные эрозии смазываниями их чистой соляной кислотой через зеркало (1—2 раза в неделю) и ванночками для влагалищной части (из 1% раствора ляписа, вливаемого через трубчатое зеркало; продолжительность каждой ванны 10 минут).

Отличительное распознавание эрозии от начинающегося рака шейки нелегко при беременности, так как характерный для рака твердый инфильтрационный вал, окружающий опухоль, в начальных случаях бывает очень слабо выражен и при беременности маскируется разрыхлением всей шейки. В таких случаях неизбежна пробная эксцизия.

Течение аборта

Аборт в первые три месяца протекает, сопровождаясь от начала до конца кровотечением, в то время как более поздние аборты, 5—7 месяцев, обычно напоминают по своему течению срочные роды, проходя без кровотечения вплоть до времени отслойки плаценты. Эта разница основана на свойствах яйцевых оболочек: в первые три месяца весь хорион покрыт ворсинками, которые врастают в еще мощно развитую, богатую кровью децидуальную ткань; так как всякая схватка ведет к смещению нижнего полюса яйца в отношении маточной стенки, то вследствие этого всегда при раннем аборте уже в самом начале процесса происходит разрыв сосудов, ведущих к кровотечению. Этим обуславливается наступление кровотечения уже при первых сокращениях матки, еще не ощущаемых в виде болезненных схваток. Каждая последующая схватка вызывает продолжение и усиление кровотечения, под знаком которого и протекает весь процесс абортирования. Кровотечение, наступающее внезапно, указывает на начинающееся отделение плодного яйца и прекращается, когда все плодное яйцо отслоится.

С IV месяца беременности плацента уже оказывается сформированной. Хорион дифференцируется на безворсинчатый гладкий хорион (*chorion laeve*) и несущий ворсины (*chorion frondosum*), входящий в состав плаценты. Последняя сидит обычно в верхней части полости матки, а нижний полюс яйца, который при схватках смещается и отслаивается в результате прогрессирующей атрофии ворсин и нарастающего истончения отпадающей оболочки, становится бессосудистым. Вследствие этого сокращения матки обуславливают бескровную отслойку нижнего полюса яйца. Отслоившийся пузырь благодаря действию схваток внедряется в шейку и расширяет ее, затем пузырь разрывается, плод выталкивается, и в заключение изгоняется или удаляется плацента, что сопровождается кровотечением. Если во время беременности имеет место предлежание последа, то само собой разумеется маточная деятельность и при позднем аборте с самого начала сопровождается кровотечением.

Лечение аборта

Если при аборте плодное яйцо выделилось полностью со всеми оболочками при небольшом кровотечении и без повышения температуры, то в таком случае врачебное вмешательство является излишним.

Врачебные мероприятия бывают показаны в следующих случаях:
1. При сильном кровотечении. Смерть от кровопотери при самопроизвольно протекающем аборте бывает крайне редко (Пшибрам).

За последние годы в литературе описано всего 20 случаев, в которых смерть при аборте наступила или первично от кровотечения при аборте или вторично на почве тяжелой анемии (Басс, Мандельбаум).

Однако сильные степени анемии встречаются при абортах часто, причем в таких случаях именно кровотечение чаще всего и ведет к вызову врача, а также вынуждает к незамедлительному вмешательству.

2. При неполном изгнании плодного яйца (*abortus incompletus*). Если при аборте в матке остаются части плодного яйца, то следует опасаться тех же последствий, какие наблюдаются и после задержки последа при нормальных родах или при добавочных плацентах, а именно кровотечения и инфекции. Отхождение крови либо вообще не прекращается либо повторяется через несколько дней опять, причем носит обычно длительный, хотя большей частью не угрожающий характер. Инфекция при задержке остатков плодного яйца наступает не всегда, но довольно часто. Лишь немедленное полное опорожнение матки ведет к окончательной остановке кровотечения и в состоянии бывает предупредить наступление тяжелой инфекции. Это опорожнение матки должно быть безотлагательно произведено как в терапевтических целях, так и в целях профилактических, коль скоро имеется подозрение на задержку остатков плодного яйца. Поэтому тщательная проверка всего, что при аборте выделяется из матки, является крайне важной и может быть опускаема только в тех случаях, где неповрежденное яйцо выделилось целиком вместе с хорионом.

Сильно развитая в первые месяцы беременности отпадающая оболочка довольно часто задерживается при полном выталкивании плодного яйца. Удаление ее является необязательным, так как позднее она отходит самопроизвольно целиком или по кусочкам, причем, правда, может возникнуть сильное кровотечение (Брандт); если этого не происходит, то, оставаясь *in situ*, отпадающая оболочка переходит в новообразующуюся слизистую оболочку (Фрич).

3. При лихорадочном течении аборта. Следует различать две группы лихорадочных абортов: аборты гнилостные (путридные) и септические.

Если лихорадка возникает поздно в течение медленно развившегося, длительно протекавшего с кровотечениями аборта, который самостоятельно не заканчивается, то обычно при этом имеют место гнилостные процессы в частично отделившихся частях яйца. Немедленное опорожнение матки, для которого давно уже начавшаяся родовая деятельность, ведущая к достаточному раскрытию шейки и разрыхлению яйца, представляет благоприятное условие, ведет в подобных случаях к устранению источника инфекции и лихорадки (путридный аборт).

Нередко однако опорожнение матки вызывает прежде всего потрясающий озноб с повышением температуры до 40°; это является реакцией организма на всасывание токсинов, проникших через пораненную внутреннюю поверхность матки при операции выскабливания. Затем температура падает до субнормальных цифр и остается в дальнейшем в пределах нормы. Однократный потрясающий озноб после опорожнения матки при наличии неизмененного пульса не дает повода к опасениям и вполне соответствует нормальной клинической картине.

Совершенно иное дело, когда лихорадочное состояние возникает в начале аборта или когда объективные признаки активной маточной деятельности несмотря на повышенную температуру отсутствуют—маточный зев совершенно закрыт или очень мало открыт, шейка еще полностью сохранилась, кровотечение незначительно или совсем отсутствует,— в таких случаях, если можно исключить экстрагенитальную инфекцию (пневмония, аппендицит, пиелит и т. д.), надо подозревать, что имело место вмешательство грязными руками в целях вызывания или ускорения аборта (септический аборт).

Ни бактериоскопически, ни при помощи пробы на вирулентность Руге и Филиппа, ни определением быстроты осаждения красных кровяных телец нельзя провести точный дифференциальный диагноз между этими двумя формами лихорадочного аборта и установить их прогностику.

Согласно исследованиям Шотмюллера весьма вероятно, что принятое прежде различие между путридными (всасывание гнилостных токсинов) и септическими (тканевая инфекция гнойными микроорганизмами) абортами на самом деле не имеет вполне правильных оснований, ибо значительная часть так называемых путридных абортов бывает вызвана анаэробными микроорганизмами, обуславливающими тканевую инфекцию. Впрочем совершенно отказаться от понятия путридного аборта нет пока повода.

Широкая дискуссия о лучшем лечении септического аборта, поднятая в течение последних двух десятков лет, не привела пока к какому-либо единодушному заключению.

Моя точка зрения на этот вопрос такова: активный метод лечения представляет большие опасности, потому что при внутриматочных манипуляциях инфекция из яйца может быть занесена в матку или с ее внутренней поверхности втерта в сосуды и лимфатические щели, и в результате подобной терапии может возникнуть генерализация процесса. Довольно часты случаи, в которых пиемия или сепсис со смертельным исходом развились именно вслед за ручным или инструментальным опорожнением матки при аборте.

При выжидательном образе действий лейкоцитарный вал не прорывается. Винтеру можно поставить в особенную заслугу то, что он доказал значение лекарственной помощи при септическом аборте,— доказал, что единственно только медикаментозная поддержка реактивной способности матки и сократительной ее силы ведет к падению температуры, выталкиванию содержимого матки и выздоровлению. Если лекарственная терапия оказывается недостаточной, то после падения температуры оперативное опорожнение матки становится уже безопасным (Яшке).

Я применяю таким образом в случаях лихорадочных абортов, в отношении которых неизвестно, являются ли они путридными или септическими, вплоть до падения температуры лекарственное лечение в следующем виде: больной дается двусолянокислый хинин по 0,3 3—4 раза в день внутрь с промежутками в 20 мин., или применяются глубокие интрамускулярные инъекции того же средства по 0,25 3—4 раза ежедневно, также с промежутками в 20 мин. При отсутствии эффекта производятся подкожные или внутриматочные инъекции питугландола по 0,2—0,3—0,4 с промежутками в 20 мин., и кроме того больной дается по 2 столовых ложки касторки через 2—3 дня после падения температуры. Затем в случае необходимости делается оперативное опорожнение матки. Выполнение этой программы гарантирует больную от сильных кровотечений и позволяет провести длительное выжидание.

Сборные статистики Винтера и Дитриха показывают, что при выжидательной терапии лихорадящего аборта смертность равняется 1% (Винтер) и 3% (Дитрих), при немедленной же активной терапии—2,9% (Винтер) и 4,3% (Дитрих). В случае, если необходимо опорожнение матки, лучше всего производить его кюреткой. Смертность при применении одной только кюретки равна 2% (Винтер) и 3,4% (Дитрих), при кюретаже и ручном ощупывании—4,5% (Дитрих), при пальцевом опорожнении матки—3% (Винтер) и 5,9% (Дитрих).

В отношении лихорадящих случаев, в которых инфекция уже перешла за пределы матки (опухоль придатков, параметрит), все согласны, что они не подлежат вмешательству независимо от того, пуста матка или нет. Все септические аборт могут быть наилучше лечимы в стационаре.

Особенно опасной формой септической инфекции, происходящей преимущественно при преступных выкидышах, является газовая гангрена, вызываемая палочкой Френкеля. Если инфекция при ней ограничивается полостью матки (*tympania uteri*), то обычно наступает выздоровление, если же она распространяется на стенку матки (*phismetra*), обыкновенно исход ее смертельный.

Иссиня-черная матка вся бывает при этой болезни пронизана пузырьками газа, которые при комбинированном исследовании дают ощущение хруста снежного кома. По кровеносным и лимфатическим путям скоро по всему организму, особенно в коже, распространяется быстро прогрессирующая эмфизема. Газ проникает также и в брюшную полость (*pneumoperitoneum*) и наконец во все внутренние органы. Развиваются желтуха и цианоз. Моча вследствие резкого гемолиза окрашивается в цвет красного бургундского вина (гемоглобинурия), кровяная сыворотка становится коричнево-красной.

При физомере необходимо как можно раньше произвести экстирпацию матки, которая, будучи произведена до распространения газовой гангрены, единственно может спасти жизнь больной (Бриотт).

Тимпания матки может быть вызвана и другими газообразующими микроорганизмами, причем в этих случаях прогноз ее бывает благоприятнее, хотя и здесь может наступить смертельный исход вследствие газовой эмболии (Науйок).

Нередко при подпольных абортах наблюдается также инфекция столбняком (111 случаев в литературе с 91% смертности по Шнейдеру).

В этих случаях полная влагалищная экстирпация матки не достигает цели. Лучшие результаты дают интралюмбальные впрыскивания столбнячного антитоксина и особенно субдуральные инъекции его после трепанации черепа (Фрич). Предложение Вольгемута производить инъекции антитоксина в целях профилактики во всех случаях подпольного аборта до сих пор не проведено в жизнь ввиду значительной редкости столбнячной инфекции матки.

Своевременная, правильно проведенная активная терапия аборта является безопасной и вместе с тем предупреждающей такие осложнения, как обильное кровотечение, задержка частей плодного яйца и распространение инфекции. Эта терапия должна поэтому применяться в тех случаях, где аборт находится в полном ходу и его нельзя задержать, т. е. если цервикальный канал уже частично раскрыт, влагалищная часть укорочена и верхушка отслоившегося нижнего полюса яйца выпячивается в маточный зев.

Условия для активной терапии аборта

1. Цервикальный канал должен пропускать палец, или его надо расширить до соответствующей проходимости.

2. Плодное яйцо должно быть под влиянием маточных сокращений частично отслоено. Для суждения о том, насколько отслоилось оно, надо принимать во внимание силу и длительность кровотечения. Чем



426. Введение палочки ламинарии.

оно продолжительнее и сильнее, тем значительнее отслойка яйцевых оболочек от стенки матки.

Проподимость шейки и кровотечение соответствуют отслойке плодного яйца. Редко случается, чтобы при сильном и длительном кровотечении не было достигнуто значительного раскрытия шейки, но еще реже бывает, чтобы значительная проходимость шеечного канала наступила без заметного кровотечения. Если шейка непродовима и кровообразование незначительно, то условий для активного вмешательства нет, а вместе с тем отсутствуют и показания для него, так как аборт еще не находится в полном ходу. Надо таким образом сказать, что при правильно поставленных показаниях к активным мероприятиям имеются налицо или легко и безопасно могут быть достигнуты и условия, требуемые для этих мероприятий.

Активное вмешательство при уже начавшемся аборте

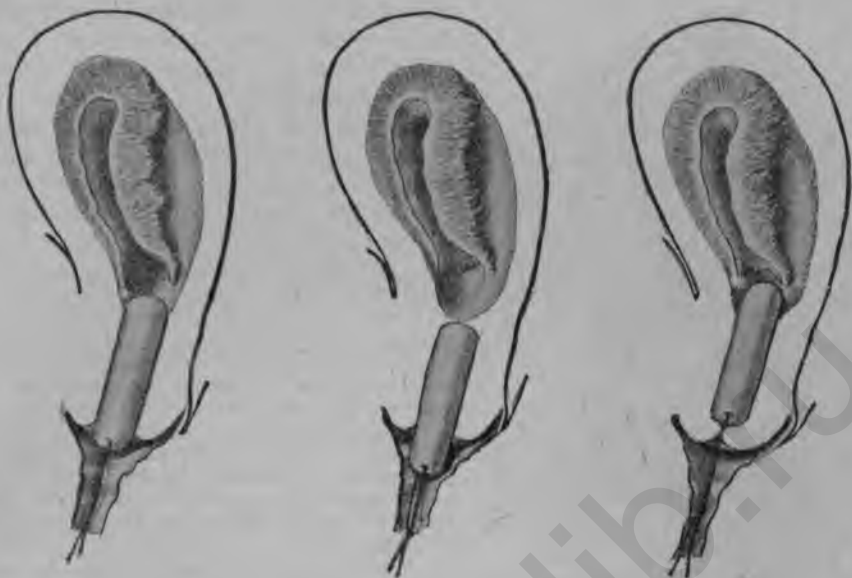
Для расширения недостаточно раскрытого канала шейки могут быть применены следующие методы:

1. Расширение ламинариями. Палочка ламинарии (сухой морской водоросли) должны иметься в запасе разной толщины (3—10 мм). Они сохраняются в чистой карболовой кислоте в 96° спиртоле или в насыщенном спиртольно-эфирном растворе иодоформа и перед употреблением помещаются в раствор сулемы или на пару минут в кипящий раствор лизола.

Перед введением ламинарий производится обильное спринцевание влагалища и обтирание сводов и шейки смоченным в сулеме ватным тампоном. Затем надо произвести точное определение величины и положения матки, после чего палочка ламинарии вводится (рис: 426) так, чтобы концы ее выдавались как за наружный, так и за внутренний зев. Если ламинария хотя немного не достигает внутреннего зева, то последний остается закрытым; если она не выдается за наружный зев, тогда он остается недостаточно расширенным, и палочку впоследствии нельзя бывает вынуть (рис. 427—429). Палочка не должна быть слишком толстой и должна без труда проходить через канал шейки. Две или даже три, одна около другой введенных палочки дают лучшие результаты, чем одна слишком толстая (рис. 430). После введения ламинарий влагалище рыхло тампонируется марлей. Извлечение палочек производится через 24 часа потягиванием за нитки, прикрепленные к палочкам и лежащие во влагалище. Если расширение недостаточно, вводят повторно более толстые палочки.

Расширение ламинариями, которые благодаря набуханию растягивают канал шейки, а давлением на заднюю стенку шейки вызывают появление схваток, многими признается за лучший и наиболее бережный способ расширения цервикального канала¹. Я особенно рекомендую его

¹ Способу этому, как и следующим (2 и 3), присущи однако и свои невыгодные стороны; с одной стороны, при этих способах легко занести возбудителей инфекции в полость матки, а с другой—занесенные возбудители, не находя себе в те-



427. Правильно лежащая палочка ламинарии.

428. Палочка ламинарии, недостаточно глубоко введенная. Внутренний маточный зев остается закрытым.

429. Палочка ламинарии, введенная слишком глубоко. Наружный зев матки остается закрытым.

при задержке остатков плодного яйца, когда маточный зев уже сузился, а цервикальный канал вновь принял свою обычную форму.

2. Тугая тампонация шейки (рис. 438) марлей, пропитанной глицерином. Тампонация эта вызывает схватки, а при начавшейся отслойке яйца оказывает кровоостанавливающее действие. Кроме того она предохраняет внутренний зев от спастической контрактуры в тех случаях, когда операция дополняется инъекцией питугландола.

Преимущества: тампонация иногда не только вызывает аборт, но и ведет к полному выделению плодного яйца. Недостатками ее являются: 1) неверность действия, 2) возможность перфорации тампонирующим инструментом, почему перед ней необходимо предварительно точно определить путем бимануального исследования величину и положение матки, чтобы знать, как высоко и в каком направлении вводить марлю; во время самой тампонации не следует вводить в маточную полость одного инструмента, но всегда с клубком марли, сквозь которую конец инструмента не может проскользнуть.

3. Введение балона Тарнье-Цвейфеля (небольшого метрейринтера), который вводится так же, как и обыкновенный большой метрейринтер, наполняется и подвергается постоянному потягиванию.

4. Расширение металлическими дилататорами (Симона, Хагара, Фрича, Кюстнера). Дилататоры эти представляют никелированные металлические стержни, изогнутые соответственно оси таза, которые на

чение долгого времени выхода через плотно закупоренный канал вместе с маточным секретом, колоссально размножаются в маточной полости и таким образом могут вызвать тяжелую инфекцию. С этой точки зрения расширение металлическими дилататорами, которые, с одной стороны, могут быть надежно простерилизованы кипячением, а с другой—закупоривают цервикальный канал лишь очень короткое время, является гораздо более целесообразным.—В. Г.



430. Одновременное введение 3 палочек ламинарии.



431. Пузырь Цвейфеля.

Чем менее опытен врач, тем осторожнее и терпеливее должен быть он. Ему рекомендуется лучше еще раз ввести предыдущий номер, входивший без труда, и оставить его на несколько минут в цервикальном канале. После его удаления следующий номер обыкновенно идет легче, потому что внутренний зев имеет время несколько растянуться.

Расширители действуют нефизиологическим растягиванием цервикального канала снаружи кнутри (со стороны влагалища к матке) в противоположность физиологическому медленному растягиванию его изнутри кнаружи (из матки во влагалище), производимому плодным пузырем или баллоном и в меньшей мере — тампоном и ламинариями¹. Операция расширения дилататорами болезненна и требует наркоза².

¹ Главная выгода расширения цервикального канала дилататорами заключается однако в том, что этим путем можно достигнуть лишь сравнительно незначительного расширения, так как введение слишком толстых дилататоров сопряжено с опасностью разрывов шейки. Поэтому данный метод расширения следует применять лишь при беременности не свыше 3 месяцев. — В. Г.

² Вместо общего наркоза здесь можно с успехом пользоваться местной инфильтрационной анестезией, употребляя для последней слабые (1/4—1/3%) растворы

одном конце закруглены (без острия), на другом конце снабжены рукояткой. Наиболее тонкий расширитель имеет в диаметре 4 мм, наиболее толстый — 18 мм. Промежуточные дилататоры отличаются один от другого на 1 мм. Каждый расширитель занумерован размером своего диаметра.

Приготовление к расширению. Прежде всего надо тщательно и точно определить величину и положение матки и затем просиринцевать влагалище, захватить переднюю губу шейки щипцами, ввести заднее зеркало, протереть и смазать маточный зев сушевым тампоном, затем вводить расширитель.

Неправильно вводимый дилататор не проникает в маточную полость, а наткнется на стенку шейки и либо останавливается перед оказываемым ею сопротивлением либо преодолевает его путем перфорации стенки.

Правильно по тазовой оси направленный дилататор впервые наталкивается на сопротивление, достигнув внутреннего зева, который эластично поддается при усилении давления и наконец пропускает расширитель. Дно матки оказывает второе сопротивление, которое не преодолевается уже при применении силы иначе, как путем перфорации стенки.

Если расширитель встречает во внутреннем зеве более сильное сопротивление, то ни в коем случае не надо форсировать его введение, применяя большую силу, потому что тогда пулевые щипцы срываются с шейки, либо дилататор внезапно проскальзывает в полость матки вплотную к самому дну ее или даже проходит сквозь маточную стенку.

Я рекомендую при имеющемся прогрессирующем расширении шейки применять цвейфелевский балончик, при узком еще маточном зеве и длинном канале (остатки плодного яйца)—палочки ламинарии.

Металлические расширители должны служить для дополнительного расширения шейки при недостаточном открытии ее канала.

5. Кривавое расширение с помощью разреза передней стенки матки (*hysterotomia anterior*)¹ можно применять исключительно в клинике.

Опорожнение матки

Подготовка к операции при аборте такая же, как и при операции в конце беременности. Производится она 1) путем пальцевого удаления яйца или 2) путем инструментального удаления (выскабливание, извлечение абортцангом).

Пальцевое опорожнение матки при аборте с полным правом рекомендуется практическому врачу как наиболее безопасный метод. Тактильное чувство пальца, работающего в матке, предохраняет его от образования ложного пути. Ввиду своей уступчивости и мягкости палец не производит никаких повреждений. Впрочем операция эта может быть безболезненно выполнена только под наркозом.

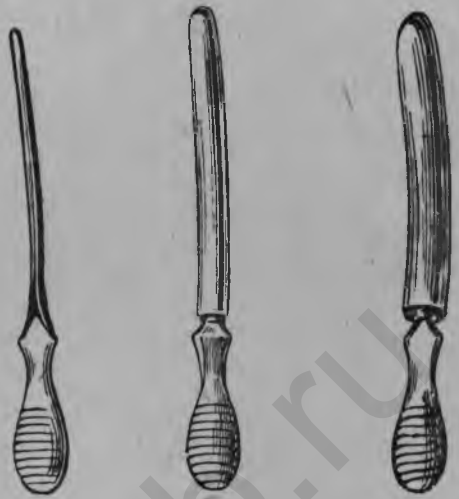
Отделение плодного яйца производится комбинированной работой обеих рук, причем палец, находящийся в матке, отделяет по возможности все яйцо, после чего отсоединяет его во влагалище и в заключение производится многократное обследование маточной полости для удаления остатков плодного яйца, в особенности у трубных устьев.

В случаях с уже образовавшейся плацентой (т. е. при беременности после 3 месяцев) неопытные врачи часто впадают в ошибку, принимая вершины тромбов места прикрепления плаценты за остатки плодных оболочек и стремясь отскоблить их пальцами, что понятию усиливает кровотечение и часто сопровождается повреждением мускулатуры.

новокаина, который впрыскивается в количестве 50—60 см³ в каждом из заднебоковых сводов влагалища, около шейки, на глубину 5 см. Помимо обезболивания при этом достигается значительное расслабление шейки (Тимофеев, Подзоров).—В. Г.

Прекрасные результаты в целях обезболивания операции аборта и облегчения расширения канала шейки получила Цуцуйковская, давая влагалищно-брюшным методом часовую диатермию за 2 часа до операции.—С. Р.

¹ Кривавое расширение путем рукавной гистеротомии я считаю наиболее рациональным способом создать достаточный путь для удаления плодного яйца при поздних абортах (позже 3 месяцев беременности). Способ этот является более безопасным, чем расширение при помощи метрейриза. При этом разрез матки лучше производить или внебрюшинно, оставляя нетронутой влагалищную часть,—по Хейнзусу-Лейбчику-Отту,—или с вскрытием пузырно-маточного кармана брюшины, проводя его в область перешейки и маточного тела—по Дюцману-Какушкину.—В. Г.



432. Металлические дилататоры.



433. Введение дилатора в канал шейки.

Для суждения о том, все ли плодное яйцо удалено целиком, не может служить осмотр выведенных частиц его, а только обследование матки.

Инструментальное опорожнение матки без сомнения опаснее, чем пальцевое, потому что инструмент тверд, не обладает чувствительностью и очень легко может нанести прободящие повреждения. Вместе с тем инструментальное опорожнение матки в искусных руках для женщины гораздо менее болезненно и почти всегда может быть произведено без наркоза.

Выскабливание матки. Кюретка должна быть большой и широкой. Чем она меньше и менее закруглена, тем легче ею нанести повреждение. Она вводится так же, как и расширитель, т. е. по оси таза.

Перед выскабливанием необходимо тщательно установить величину и положение матки.

Кюретка вначале употребляется как зонд и совершенно спокойно вводится в матку до тех пор, пока не встретит сопротивления со стороны дна матки. Таким образом устанавливается верхняя граница для движения ее и точно отмечается, насколько она уходит в маточную полость в тот момент, когда достигает дна матки. Если при выскабливании она проникает глубже, то это указывает на перфорацию. На рукоятке ее, как и на расширителях, часто бывают нанесены сантиметровые деления, помогающие легко измерить длину маточной полости.

Со дна матки кюретка сильно проводится по середине передней стенки матки вплоть до внутреннего зева, причем она должна скользить по стенке матки. При этом удаляются остатки плодного яйца, если они здесь не слишком плотно прикреплены. На возникающее при этом кровотечение оперирующий не должен обращать внимания, ибо оно не представляет никакой опасности. От внутреннего зева кюретка спокойно и медленно проводится до дна матки и затем опять резко выводится к внутреннему зеву так, чтобы линия ее скольжения лежала рядом с предыдущей, частично прикрывая ее. При таком сменяющемся введении и выведении кюретки выскабливается вся внутренняя поверхность матки, причем здесь необходим определенный план, напр. сначала надо выскабливать от середины передней стенки влево



434. Пальцевое отделение яйца.

вплоть до задней стенки, затем всю заднюю стенку до правого ребра матки, а отсюда до середины передней стенки. Введение кюретки до дна матки производится осторожно и медленно, выведение же ее, напротив, быстро, энергично, по стенке матки. Скользит ли кюретка по плодному яйцу или по стенке матки, уже освобожденной от него,—это оперирующий ощущает и слышит: если инструмент находится на частях плодного яйца, тогда рука его ощущает что-то мягкое, а движение кюретки является бесшумным; когда же кюретка попадает на участок маточной стенки, с которого плодное яйцо уже удалено, рука хирурга ясно чувствует плотность, резкое сопротивление, и при достаточной тишине четко слышится скребуший хруст от движения кюретки. Если двукратно обойти всю маточную полость, причем при каждом скольжении кюретки слышится этот хруст, тогда несомненно, что матка пуста и операция следовательно закончена. Отсутствие этого звука и чувство размягчения при выскабливании указывают на оставшиеся частицы плодного яйца, причем необходимо и на этом месте добиться появления хруста.

Предложенный еще Холем, целесообразно сконструированный Винтером и модифицированный многими другими авторами абортцанг (рис. 437) представляет весьма опасный инструмент, который очень часто



435. Кюретка для выскабливания.

ведет к крайне тяжелой перфорации матки. Некоторые идут однако слишком далеко, настаивая, что его нужно целиком

изъять из потребления, так как он приносит несчастье в неискусных руках начинающего и при технически неправильном применении. Однако в случае, где все плодное яйцо или его большая часть находится еще в матке, нет более совершенного и быстро ведущего к цели приема, чем извлечение с помощью абортцанга.

Первое необходимое условие—инструмент должен быть хорошим, концы его закруглены, лишены острых краев, обе ложки закруглены и снабжены каждая двумя продолговатыми окошками, в которые легко захватываются облоочки.

Второе условие—чтобы в матке имелось налицо то, что должно быть захвачено абортцангом (плод или его части, все плодное яйцо или крупные его части). Содержит ли матка что-либо подобное,—это должно быть предварительно точно определено внутренним исследованием, если только части плода или плодного яйца не видны уже в цервикальном канале.

Третье условие—правильная техника. Закрытый абортцанг через достаточно раскрытый или предварительно расширенный маточный зев вводится так же осторожно, как и кюретка, до маточного дна, затем, что особенно важно, выдвигается немного обратно, и только тогда постепенно, но широко раскрывается. Раскрытый инструмент несколько поворачивается и вновь замыкается, причем чувствуется, захвачено ли плодное яйцо между ветвями абортцанга. Если окажется, что яйцо захвачено, тогда абортцанг крепко застегивается с помощью кремальера и вытягивается наружу, причем производится медленное вращение его.

Как часто со мной случалось, что врач привозил в клинику абортирующую женщину, у которой он тщетно пытался произвести под наркозом бимануальное удаление плодного яйца, и как к его удивлению операция с помощью абортцанга без всякого наркоза оказывалась выполненной раньше, чем врач заканчивал сообщение о больной.

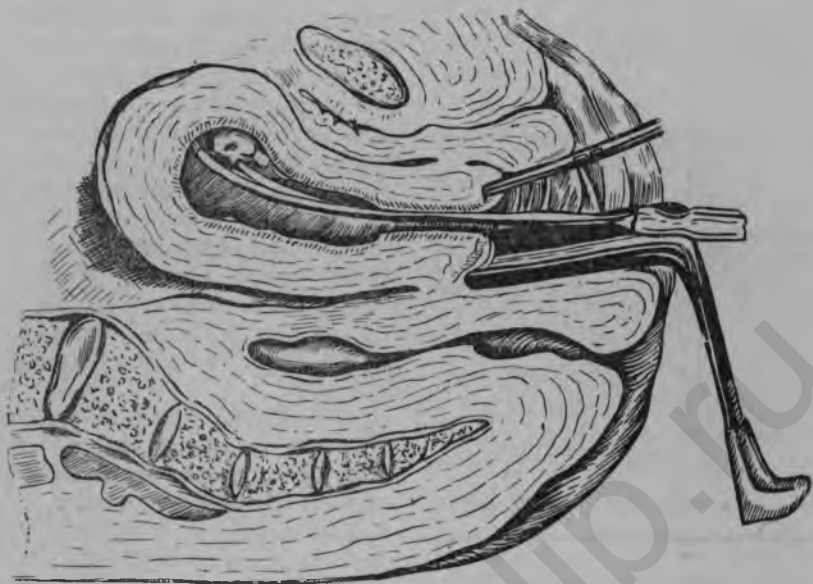
Лично я полагаю, что абортцанг для соответствующих случаев является неоценимым инструментом, хотя вместе с тем убедительнейше предостерегаю от него всех недостаточно опытных врачей.

Преимущества и недостатки изложенных методов таковы:

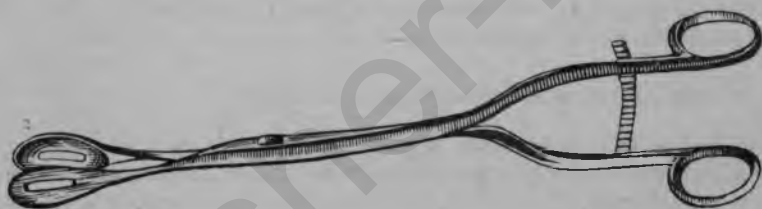
Пальцевое опорожнение матки. Преимущества: безопасность в отношении перфорации, точность контроля маточной полости. Недостатки: маточный зев должен быть широко раскрыт; наркоз неизбежен; продолжительная, часто очень утомительная и мало бережная операция.

Выскабливание и извлечение абортцангом. Преимущества—раскрытие зева может быть небольшим, наркоз нередко излишен, операция быстрая, неутомительная. Недостатки: опасность перфорации, особенно значительная для абортцанга, отсутствие точного контроля в отношении того, насколько полно произведено опорожнение матки.

Малоопытному врачу лучше сначала удалять крупные части плодного яйца пальцем, а то, что осталось, выскабливать кюреткой и в заключение проверять состояние маточной полости пальцем. Опытный врач после ориентировочного обследования удаляет крупные части плодного яйца с помощью абортцанга, затем путем выскабливания кюреткой добивается полного опорожнения маточной полости. Прибегать к выскабливанию после пальцевого освобождения и обследования рекомендуется и потому, что остающаяся в большом количестве



436. Удаление небольших частей плаценты тупой кюреткой.



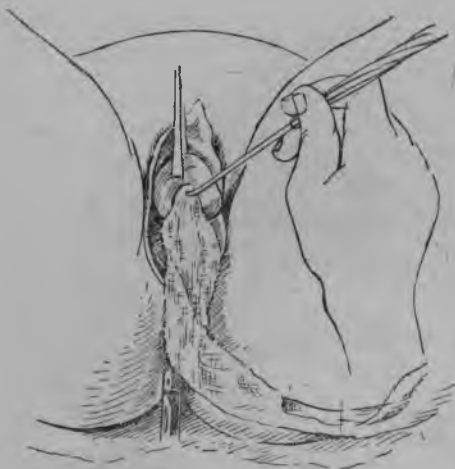
437. Абортацанг Винтера, модифицированный Курантом и Фричем.

отпадающая оболочка может обусловить в дальнейшем кровотечение (Брандт, Унтербергер, Рисман, Роб. Мейер).

Последовательное лечение

У всех недихорадящих женщин я рекомендую после операции применять тугое тампонирование матки виоформной марлей (рис. 438). Оно имеет следующие преимущества: 1) вызывает сильные сокращения матки, 2) действует кровоостанавливающе, 3) оставляет маточную стенку в длительном контакте с дезинфицирующим средством, 4) делает цервикальный канал широко раскрытым, вследствие чего, удаляя через 12 часов марлю, мы обеспечиваем хороший сток из полости матки, 5) маленькие еще оставшиеся в матке части плодного яйца прилипают к марле и удаляются вместе с ней¹. Если врач в условиях работы на селе

¹ Тампонация матки после ее опорожнения имеет однако и свои невыгодные стороны. Афанасьев нашел, что в тех случаях искусственного выкидыша, где матка после него тампонировалась, маточная полость на 2-й день после операции оказалась содержащей бактерии в 90%, тогда как в случаях, где тампонации не производилось, процент этот равнялся лишь 20.—В. Г.



438. Тампонация матки полосой марли.

должен оставить женщину, не имея возможности посетить ее вскоре опять, производя тампонирование, он получит лучшую гарантию против кровотечения и задержки выделений. Влагалище тампонируется рыхло или совершенно не тампонируется. В заключение операции большой вводится шприц секакорнина. Если в то время, как марля находится в матке, отмечается повышение температуры выше $38,5^{\circ}$, то ее надо немедленно удалить.

Женщины, которые уже перед абортом лихорадили, не тампонируются, вместо этого матка проспринцовывается через тонкий фрич-боземановский катетер 0,5% раствором лизола (2—3 л под не-

значительным давлением в положении женщины с высоко лежащей головой). Затем вводится также один шприц секакорнина. Было бы абсолютно неправильно с помощью тампонады вдавливать в матку уже инфицированное ее содержимое.

Ошибки и осложнения при активной терапии аборта

1. Перфорация матки. Она возможна всегда при внутриматочном применении инструментов, но особенно ее нужно опасаться, когда применяются плохие инструменты (дилататоры с острыми концами, маленькие кюретки, слабо закругленные абортцанги или инструменты, не подходящие для данной операции). К последним относится корнцанг, который ввиду своего острого конца ни при каких условиях не должен быть применяем для извлечения частей плодного яйца. При хорошем инструментарии несчастья в большинстве обуславливаются неправильной техникой.

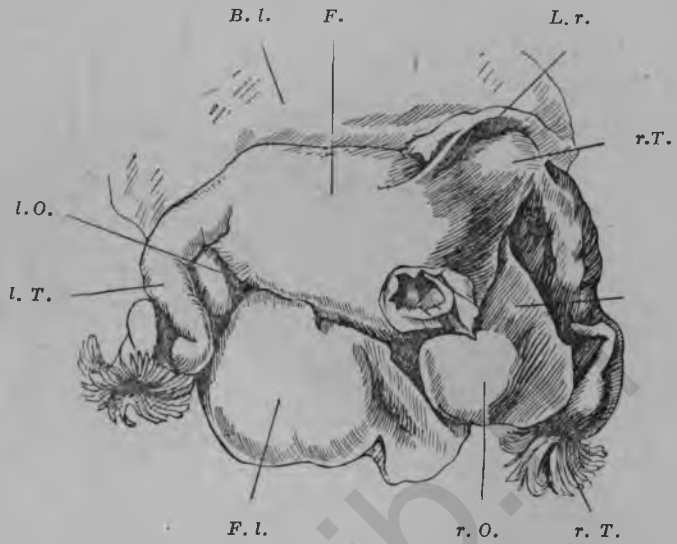
Бывают случаи, когда даже очень опытный врач, работающий без ошибок, производит перфорацию вследствие резкого размягчения стенок матки. Это бывает большей частью в инфицированных случаях, где врач не встречает в дне матки ощутимого сопротивления и где при вскрытии оказывается, что зонд проходит сквозь стенку матки, как сквозь мягкое масло. То же может случиться, если при прикреплении яйца в трубном углу маточная мускулатура бывает повреждена проросшими ворсинками (Шпет). Но все это—крайне редкие исключения, на которые неопытные акушеры ссылаются слишком часто.

Следующие ошибки допускаются довольно часто:

1) Величина и положение матки перед операцией определяются недостаточно точно или совсем не определяются, вследствие чего врач не имеет представления о пространстве, в пределах которого можно работать инструментом, и о направлении, в котором нужно вводить инструмент. Не производить комбинированного исследования перед оперативным вмешательством при аборте—непростительная ошибка.

2) Грубое расширение металлическими дилататорами легко ведет к разрывам шейки, которые, начинаясь со слизистой, продолжают в за-

висимости от обстоятельств вплоть до параметрия, причем брюшина обычно остается неповрежденной. Шейка трескается по расширителю. Разрыв бывает боковым и односторонним. Наружная поверхность влагалищной части остается всегда неповрежденной. Благодаря разрыву сосудов маточного сплетения при этом может наступить сильное, даже угрожающее жизни кровотечение как наружу, так и в межсвязочную ткань.



439. Прободение дна матки позади правого тубного угла абортцангом.

B. l.—мочевой пузырь; *F.*—дно матки; *L. r.*—правая круглая связка; *r. T.*—правая труба; *r. O.*—правый яичник; *F. l.*—flexura sigmoidea; *l. O.*—левый яичник; *l. T.*—левая труба.

При узком маточном зеве и плотной влагалищной части опасность разрыва особенно велика. Начиная с расширителя № 12, всегда необходима большая осторожность.

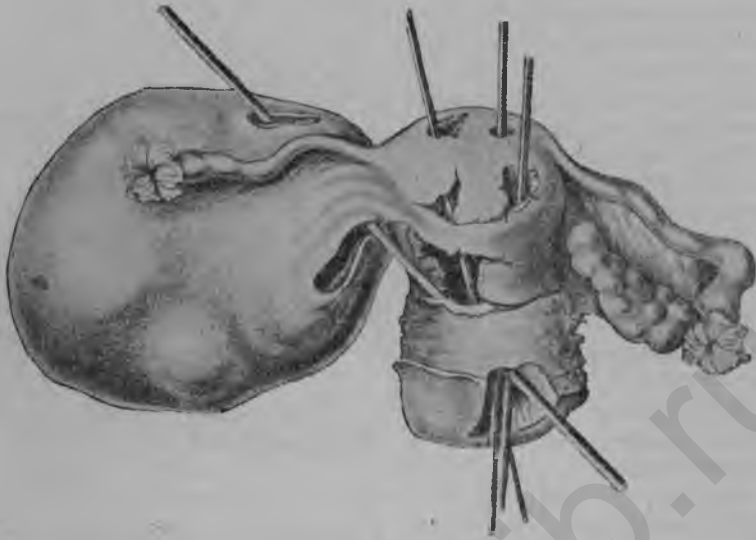
Вторым местом для перфорации при расширении является дно матки. Последнее перфорируется в тех случаях, когда вводимый с большой силой расширитель, проскользнув через маточный зев, не останавливается у дна матки и проникает сквозь него.

3) Неправильные показания для применения кюретки—применение последней в тех случаях, когда матка не содержит в себе никаких крупных частей, и прежде всего—когда в ней нет плода с уже организованным скелетом. Вообще, начиная с IV месяца беременности, кюретка уже не должна быть применяема.

4) Неправильное показание для применения абортцанга, когда в матке нет никакого содержимого, полость ее совершенно пуста; в таких случаях абортцангом легко может быть захвачена стенка матки.

5) Неправильное применение кюретки: напр. вместо осторожного ощупывания дна матки—быстрое введение кюретки, при котором в случае недостаточного раскрытия зева возможны проникание инструмента в стенку матки и продырявливание ее.

6) Неправильное применение абортцанга, особенно невыполнение правила, согласно которому абортцанг впервые раскрывается и замыкается только после того, как он, достигнув дна матки, выводится немного обратно. В этом случае возможно при первом замыкании инструмента захватить участок маточной стенки, а при втором, уже проникши в брюшную полость через образованное отверстие, захватить кишечную петлю и втащить ее в матку. Литература подобных случаев очень богата, а еще большее число таких случаев остается неопубликованным.



440. Множественные прободения небеременной матки при выскабливании. Перед операцией прилежавшая непосредственно к матке яичниковая опухоль была ошибочно принята за беременное тело матки (по Зигварту).

Первая допущенная при этом ошибка является обычно роковой, так как она влечет за собой вторую, гораздо более тяжелую.

Кто произвел перфорацию матки, должен ее немедленно распознать. Если это сделано, то женщина почти всегда может быть спасена, если же не сделано, — она погибает.

Поэтому надо твердо взять за правило — при одной вероятности или возможности перфорации поступать так, как будто она несомненна. Если введенный инструмент уходит глубже, чем при предыдущем введении, или дальше установленной в начале операции длины полости матки, то в таких случаях надо заподозрить перфорацию.

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования показывают, что такое глубокое проникание инструмента может зависеть от внезапного изменения тонуса матки (внезапная резкая атония), причем инструмент получает большую свободу движения в расширившейся полости матки. Случаи, в которых кюретка, не встречая сопротивления, входила по рукоятку, а при лапаротомии стенка матки оказывалась неповрежденной, впрочем недоказательны. Может случиться, что инструмент (само собой разумеется речь может идти только об очень тонком зонде) попадет случайно своим концом в устье трубы и проникнет далеко в ее просвет. Однако возможность такой атонии матки и зондирования трубы помимо своей исключительной редкости не может быть принимаема во внимание потому, что клинически она не может быть дифференцирована от перфорации.

С того момента, как перфорация матки является несомненной, вероятной или возможной, врач во внебольничной обстановке независимо от того, что он имеет перед собой, должен удалить инструмент и прекратить всякое вмешательство. Дальнейшие манипуляции в перфорированной матке — это вторая, тяжелейшая ошибка, которую он допускает.

Возможными последствиями перфорации являются: кровотечение в брюшную полость, перитонит и повреждения брюшных органов, преимущественно кишок. Характер повреждающего инструмента, состояние матки во время перфорации, своевременное распознавание акушером

несчастья и его поведение в дальнейшем—все это определяет, насколько велика бывает опасность для жизни оперированной.

Если матка асептична и совершенно пуста и перфорирована только один раз зондом или тонким дилататором, прогноз является благоприятным. Такая ситуация однако встречается обычно лишь при «гинекологическом» выскабливании, напр. предпринимаемом при климактерическом кровотечении. Образовавшееся при этом отверстие мало, кровотечение незначительно. В периоде выздоровления может быть образуется незначительная заматочная кровяная опухоль от скопления в заднем дугообразном пространстве крови, которая в дальнейшем рассасывается. Перитонита обычно при этом не наступает, так как гноеродные микроорганизмы, находившиеся на острие перфорирующего инструмента, при прохождении его сквозь толстую мускулатуру дна механически удаляются и таким образом не попадают в брюшную полость. Не происходит также при этом обычно и повреждения лежащих в окружности органов, если перфорация точчас же была замечена, и операция прекращена. Сильные сокращения маточной мускулатуры способствуют закрытию перфорационного отверстия, почему из маточной полости не сможет проникнуть в брюшную полость и вторичная инфекция. Иногда в перфорационном канале крепко ущемляется кусочек сальника, что ведет позднее к расстройству, связанным с образованием спаек, и может быть обнаружено при последующем выскабливании по нахождению жировой ткани в полости матки.

При «акушерских» перфорациях, если даже они немедленно распознаны, прогноз всегда бывает гораздо менее благоприятным. Матка при них бывает значительно полнокровнее, инструменты—больше и образованное ими отверстие шире. Самопроизвольное закрытие разрыва здесь часто почти невозможно, и тем меньше его можно ожидать, чем больше содержит матка остатков плодного яйца и чем хуже она вследствие этого сокращается. Поэтому кровотечение—как наружное, так и внутреннее—бывает в таких случаях сильнее, обычно уже неасептичная матка остается в сообщении с брюшной полостью, в которую части плодного яйца могут быть занесены при перфорации или выдавлены при последующих сокращениях матки. Вследствие этого опасность перитонита здесь очень велика и тем больше, что с достоверностью исключить сопутствующие повреждения кишечника можно очень редко, во всяком случае не при тех операциях, где применялись абортанг и корнданг.

В подобных случаях выжидание ведет с большой вероятностью к смертельному исходу, и возможно быстрая транспортировка больной в клинику или больницу, где ей делается лапаротомия для обследования брюшной полости и в особенности кишечника, способствует излечению. Врачу, которому при этом передается больная, надо письменно, по



441. Прободение матки с отрывом тонкой кишки от брыжейки (по Стефану).

телефону или лучше всего лично сообщить о всех подробностях случая, ничего не скрывая, ибо утаивание чего-либо может привести к роковому исходу. Так напр. если оперировавший утверждает, что лишь однократно проник через матку зондом, в то время как в действительности многократно проходил корнцангом, то в таком случае клиницист, доверяя сообщению товарища, может не прибегать к лапаротомии, и женщина погибает от перитонита вследствие повреждения кишок.

Производить ли при лапаротомии зашивание отверстия в кишке или резецировать оторванный от брыжейки ее участок, сохранить ли матку после закрытия перфорационного отверстия или лучше сделать полную ее экстирпацию,—все эти вопросы решаются в каждом отдельном случае различно. Мои наблюдения над перфорациями при абортax приводят меня к заключению, что следует прибегать к экстирпации матки в тех случаях, которые поступили извне, течения которых я сам не наблюдал и которые почти всегда оказываются инфицированными, хотя бы у больных и не было заметного повышения температуры. Крайне тяжело решаться на такую операцию у молодой женщины, но еще ужаснее увидеть ее умирающей от перитонита, после того как врач рискнул ограничиться зашиванием перфорационного отверстия на матке с оставлением ее. При разрывах шейки дилататором в области внутреннего зева, если оперирующим установлена целостность широкой связки, он может довести выскабливание матки до конца, причем если кровотечения нет, то рана шейки не нуждается в каких-либо мероприятиях. Впрочем в этих случаях может возникнуть позднее, через несколько дней, кровотечение на почве отделения тромбов. Если целостность широкой связки остается под сомнением или имеется брызжущее кровотечение из разрыва, то в таком случае нужно сделать лапаротомию и после рассечения широкой связки произвести надежный гемостаз.

Раз перфорированные матки при последующих беременностях проявляют наклонность к разрывам в месте рубца.

Врач, который вовсе не заметил перфорации или заметил ее поздно, часто совершенно теряет голову и впадает в острое душевное расстройство. Это—единственное объяснение для тех ужасных разрушений, которые нередко причиняются им в таком состоянии. Случаи, когда тонкая кишка на целые метры вытягивалась во влагалище (рис. 441) и затем отрезалась, или где на вскрытии были обнаруживаемы множественные повреждения и разрывы кишок, к сожалению не относятся к редностям. Неоднократно случалось, что при опорожнении беременной на IV месяце матки выпадавшие во влагалище 2½ м тонких кишок принимались за пуповину ребенка (1), отрывались с помощью корнцанга и отбрасывались с остатками оболочек с заявлением, что теперь все счастливо закончилось. В одном случае врач вытащил через перфорированную матку тонкую кишку и только тогда перестал ее вытягивать наружу, когда наркотизатор заметил резкое уменьшение живота; тогда оперировавший через канал шейки запихал обратно в брюшную полость 5½ м оторванной от брыжейки тонкой кишки, лежавшей уже в тазике, после чего больной была сделана лапаротомия, оторванная часть кишок резецирована и произведена экстирпация матки. Случай кончился выздоровлением, хотя у больной потом развились расстройства пищеварения, так как у ней осталось всего 2 м тонких кишок, и она в течение долгого времени ощущала пустоту в животе. В другом случае (Фидлер) больная пришла в больницу на ногах с волочащимся кишечником и поправилась после резекции 5½ м кишок и зашивания перфорационного отверстия матки. Вертхейм сообщает о случае, где после бокового разрыва шейки корнцангом был захвачен экстраперитонеально мочеточник и оторван от почки. В одном из опубликованных Брауде случаев был оторван червеобразный отросток, а в одном из наблюдавшихся мной случаев—правые придатки матки.

Людвиг удалил через живот металлический расширитель, ушедший высоко в брюшную полость после того, как матка была им многократно продырявлена и повреждена.

В других случаях все тело матки было извлекаемо из половой щели и отрывается от влагалищной части в предположении, что здесь была миома¹.

¹ Немало подобных случаев описано и в русской литературе. Так, в известном случае Майзеля врач, производивший искусственный выкидыш и перфорировавший матку, оторвал от брыжейки 2,5 м тонкой кишки и отрезал ее; к счастью произведен-

2. Неудачи при инструментальном опорожнении матки. Страх перед перфорацией вместе с технической неподготовленностью врача и незнанием анатомии ведут к тому, что иногда кюретка не достигает маточной полости. Внутренний зев благодаря оказываемому им сопротивлению принимается за дно матки и вследствие этого ни расширители ни кюретка не попадают в полость матки. Яйцо остается совершенно нетронутым, и после выскабливания из шейки цервикальной мукозы аборт часто признается удачно законченным. Случается, что беременность при этом не прерывается, и тогда убеждаются заодно в полном отсутствии показаний к аборту.

3. Неполное опорожнение матки нередко бывает последствием часто во время операции возникающего сильного кровотечения. Из боязни, что женщина может истечь кровью, врач прекращает операцию раньше, чем это действительно нужно сделать, тампонирует матку и притом в большинстве случаев очень плохо и утешается тем, что вследствие внезапно наступившего сильнейшего кровотечения оперировать было невозможно и что все наконец обошлось хорошо.

Прежде крайне редко случалось, чтобы после операции опорожнения беременной матки в ней оставались отдельные кости плода (Клесман, Р. Мейер). За последние 8 лет в литературе все чаще появляются сообщения о задержании после инструментального аборта всей головки плода или половины туловища, удаляемых уже через много месяцев, что является весьма плохим признаком в отношении акушерской квалификации врачебного молодняка.

Неудачное или неполное опорожнение матки резко ухудшает прогноз. Кровотечения, возникающие при оставлении частей плодного яйца, позднее требуют удаления этих остатков; операция эта однако крайне опасна ввиду часто возникающей при этом инфекции. Последняя наступает тем чаще и тем вероятнее, чем значительнее величина и разможевание остатков плодного яйца. Иногда при этом развивается картина септического аборта, и тогда перед врачом встает дилемма — выжидать или применить активную терапию.

В некоторых случаях очень трудно решить, является ли кровотечение следствием начинающегося аборта или наличия в матке остатков плодного яйца. Обычно пока полость матки не станет совершенно пу-

ная тотчас же лапаротомия спасла больную. В случае, описанном Парийским, имел место отрыв кишки на 0,75 м, причем и в этом случае своевременно произведенное вмешательство (лапаротомия) дало благоприятный результат. В случае Бересневича имели место кроме повреждения матки повреждение мочевого пузыря и разрыв в 2 местах толстой кишки; при произведенной после этого лапаротомии пришлось резецировать около 50 см последней, причем дело кончилось также выздоровлением больной. Завьялов описал 2 случая, из которых в одном была произведена перерезка тонкой кишки, потребовавшая применения бокового анастомоза per laparotomiam, перфорированная же матка была зашита (результат также успешный); в другом случае того же автора имели место втягивание в матку через место перфорации и странгуляции S-Romani; у больной была произведена с благоприятным исходом резекция 40 см сигмовидной кишки. В случае Васильева имел место отрыв тонкой кишки на протяжении 50 см, сделаны резекция кишки и зашивание перфорированной матки с исходом в выздоровление. В случае Бойко, где при производстве искусственного аборта произошла перфорация матки с сильным кровотечением, кишка была оторвана от брыжейки на протяжении более 0,75 м, втянута в отверстие и омертвела, причем в ней были обнаружены во время лапаротомии 3 сквозных повреждения; все это потребовало резекции 87 см кишки; случай также кончился выздоровлением. Все перечисленные случаи вероятно потому и попали в литературу, что имели благоприятный исход, но еще чаще, надо думать, бывают в практике подобные же случаи со смертельным исходом, которые поэтому и остаются неопубликованными. — В. Г.

стой, цервикальный канал остается широким, а если уже произошло сужение зева, то оно легко поддается введению пальца. Однако иногда случается, что канал шейки суживается несмотря на то, что в маточной полости еще содержатся остатки плодного яйца.

4. Слишком энергичное выскабливание матки. При очень энергичном выскабливании наряду с отпадающей оболочкой из матки удаляются также слои мышечной ткани, и таким образом возникают в маточной стенке участки, которые в дальнейшем являются местами, особенно предрасположенными к разрывам матки. Помимо того при этом теряются служащие для регенерации слизистой оболочки матки части желез, лежащие в глубине спонгиозного слоя мукозы, около мускулатуры. Эпителизации вследствие этого совершенно не происходит или она бывает неполной, и лишённые эпителия соприкасающиеся поверхности маточной раны целиком или частично срастаются, вследствие чего происходит общая или частичная облитерация маточной полости. Именно в последние годы довольно часто сообщалось в литературе об облитерации цервикального канала с образованием гематометры. Само собой разумеется, если чрезмерно энергичное выскабливание какого-либо участка очень продолжительно, то на этом месте может быть произведена перфорация маточной стенки.

Вытравление плода (так наз. подпольный аборт)

Несмотря на драконовские меры наказаний за вытравление плода последнее не только не устранено, напротив, в текущем веке в буржуазных странах получило такое огромное распространение, что превратилось в общественную опасность, являющуюся существенной причиной прогрессирующего понижения числа рождений. В то время как прежде подпольный аборт имел место преимущественно у незамужних беременных, в настоящее время он растет также и среди замужних женщин, которые желают быть бездетными или ограничить число своих детей.

В больнице в Гамбурге, Бармбеке, попали на секционный стол в 1919 г. 16 случаев аборта, а в 1920 г.—41 случай. Причинами смерти являлись в 25 случаях (33%) перитонит (после сальпингита), в 73 случаях resp. 66%—сепсис (Веммер). В США насчитывается ежегодно свыше 1,5 млн. плодизгнаний.

Специфических abortivных лекарственных средств, которые с достоверностью могли бы вызвать плодизгнание без дальнейших побочных действий, не существует. Несмотря на это многие медикаменты применяются как abortiva, в особенности казачий можжевельник, алоэ, кантаридин, александрийский лист, скипидар, фосфор (обломанные спичечные головки) и т. д.¹ Они довольно часто оказываются действительными, но только в тех случаях, где они приняты в токсических дозах. Они вызывают более или менее тяжелое, часто смертельное (принятые внутрь фосфор и лизол) общее отравление, не прямым, а посредственным след-

¹ Одно время для вызывания искусственного выкидыша рекомендовались подкожные впрыскивания пилокарпина, причем в первый день впрыскивались 3 шприца 2% раствора, во второй—2 шприца 3% раствора, а в третий—1 шприц 4% раствора. По наблюдениям Добровольского способ этот однако далеко не всегда бывает действительным; кроме того при нем приходится употреблять слишком большие дозы пилокарпина (наибольшей дозой последнего считаются 0,02 на прием и 0,05 в день).—В. Г.

ствием которого является изгнание плода в результате начавшихся сокращений матки. Средства, возбуждающие сокращения матки (препараты спорыньи и гипофиза), не являются одновременно и abortивными. Они не в состоянии вызвать схваток в первые месяцы беременности. Ввиду неверности их действия внутренние средства для прерывания беременности применяются в настоящее время лишь в крайне ограниченных размерах.

Более распространены с этой целью длительные и часто повторяемые горячие ножные ванны, которые ведут к сильной гиперемии нижних конечностей, а иногда также и к маточному кровотечению, а затем отслойке и изгнанию плодного яйца. Распространены также, особенно в Америке и больших городах Европы (Париж и Берлин), электричество (прямой биполярный ток, электрическая ванна, стул против ожирения Бергонье), массаж живота и бимануальный массаж матки.

Все эти процедуры однако далеко отступают на задний план перед внутриматочными методами, которые гораздо вернее достигают цели, но, с другой стороны, довольно часто ведут к смертельному исходу. К таким методам относятся прокол яйцевых оболочек¹ или отслойка их от стенок матки. Для прокола используются иногда головные шпильки или вязальные иглы, а также колосья, проволока и многие другие, часто крайне оригинальные предметы². Для отслойки плодного яйца служат внутриматочные впрыскивания—метод, который в прежнее время рекомендовался как научно обоснованный для вызывания искусственного прерывания беременности (Коген), но который оставлен ныне ввиду его опасности. Впрыснутая жидкость проникает между маточной стенкой и оболочками, отслаивает яйцо от матки и делает его как бы посторонним телом, что в свою очередь вызывает схватки, либо инструмент, при помощи которого производятся впрыскивания, повреждает плодный пузырь, и таким образом действие впрыскивания и прокола оболочек суммируется.

В качестве жидкости для впрыскиваний применяют обычно мыльную воду, так как она действует непосредственно на матку возбуждающим образом, так что к механическому моменту здесь присоединяется токсический; эффект наступает очень верно³.

¹ Способ этот одно время горячо рекомендовался с целью вызывания поздних abortов известным гинекологом Видером. Пример Видера однако нашел мало подражателей ввиду неверности и опасности этого способа (сепсис и кровотечение).—В. Г.

² Груздеву пришлось однажды наблюдать случай, где молодая крестьянская девушка, забеременев и желая избавиться от беременности путем прокола плодного пузыря веретеном, проколола себе в нескольких местах пузырно-влагалищную перегородку, результатом чего было образование у нее нескольких пузырно-влагалищных свищей. В цервикальный канал ей однако попасть не удалось, и беременность у ней продолжалась, закончившись срочными родами. После родов свищи у ней были зашиты.—В. Г.

³ Распространены с целью как предупреждения, так и прерывания беременности внутриматочные впрыскивания иодной настойки. Многочисленные наблюдения доказали однако опасность этого способа, который поэтому в настоящее время у нас запрещен. В Германии в последнее время довольно широкое распространение получили с целью прерывания беременности внутриматочные впрыскивания интеруптина—пасты, состоящей из смеси различных эфирных масел, иодной настойки, тимоло и различных месячных средств. Паста впрыскивается в количестве до 45 см³. Результатом таких впрыскиваний нередко бывает смерть на почве жировой эмболии сердца, вследствие чего у германских гинекологов в настоящее время проявляется тенденция к запрещению этого средства.—В. Г.



442



443

442. Прободение заднего свода рукава при подпольном аборте.

443. Прободение задней стенки шейки при подпольном аборте благодаря неправильному введению инструмента в цервикальный канал.

В больших городах буржуазного мира число врачей, производящих аборты под предлогом псевдонаучных показаний, так велико, что каждая женщина, желающая прервать беременность, находит для этого своего врача (Руге). Старания научных обществ, направленные к запрещению государством продажи и рекламирования инструментов, служащих единственно только для целей плодизгнания, до настоящего времени оказываются безуспешными.

Правильное и безопасное проведение внутриматочных мероприятий требует знания предмета, антисептики и ловкости рук. Так как эти условия при очень многих плодизгнаниях не бывают выполнены, то это ведет к тяжелым, а нередко и к смертельным осложнениям.

Главнейшими из них являются следующие:

1. Инструментальные побочные повреждения органов. Иногда вместо входа во влагалище инструмент вводится в мочеиспускательный канал и попадает в мочевой пузырь. Следствием этого может быть повреждение слизистой мочевого пузыря, перфорация стенки последнего, иногда (при впрыскивании едкого мыльного щелока) гангренозный цистит.

Введенный правильно во влагалище инструмент может далее, идя по прямой линии, миновать наружный зев и повредить или перфорировать задний влагалищный свод с отслойкой или перфорацией брюшины заднего дугласа (рис. 442).

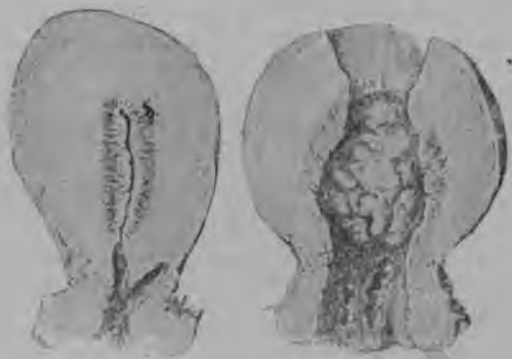
Инструмент может быть затем правильно введен в наружный зев, но дальше идет не по оси таза, а по прямой линии и поэтому не достигает внутреннего зева, вызывая неполную или полную перфорацию задней стенки шейки (рис. 443, 444 и 445) выше (рис. 443) или ниже (рис. 444 и 445) заднего свода. В последнем случае возникает шеечно-влагалищная фистула, в первом же случае возможно повреждение кишки, напр. слепой.

Реже, чем повреждения и перфорации заднего влагалищного свода и задней стенки шейки, бывают полные или неполные прободения переднего свода и передней стенки шейки, при которых может повреждаться дно мочевого пузыря, причем однако опускающаяся до уровня внутреннего зева пузырно-маточная складка брюшины обычно не захватывается.

Иногда при перфорации матки инструменты, которыми производилось плодизгнание, ускользают в брюшную полость, достигая даже отдаленных ее участков (напр. области позади желудка), или находят себе обратный путь из брюшной полости (извлечение женского металлического катетера из ягодичной области, Зельницкий).

Иногда наблюдались случаи повреждения и плода (Фишер).

2. Инфекция. Ни руки лица, производящего преступный аборт, ни его инструменты, ни наружные органы беременной не подвергаются обычно антисептической обработке. Вследствие этого естественным спутником и последствием таких аборт и попыток к ним является инфекция. Если прокол оболочек удается без сопутствующих повреждений, то инфицируются яйцо и маточная полость; если впрыскивание в матку удается без нарушения целостности окружающих органов, тогда введенная жидкость вносит инфекцию через маточную полость в трубы, а также через брюшинные отверстия труб в брюшную полость. То же, но более коротким путем получается при проникающих до брюшины перфорациях. Если брюшина при перфорации влагалища остается неповрежденной, то инфицируется параметральная и паравагинальная клетчатка. Мы наблюдаем таким образом при подпольных абортах или после них эндометриты, гнойные сальпингиты, параметриты и даже перитониты.



444. Неполное прободение маточной шейки при подпольном аборте.
445. Неполное прободение задней стенки шейки при подпольном аборте наконечником шприца. Сильное развитие отпадающей оболочки.

3. Воздушная эмболия и общая интоксикация. Если хорион, resp. плацента, отслаивается инструментом, посредством которого производится плодизгнание, или вырванной жидкостью, в таком случае воздух и жидкость могут иногда непосредственно поступать, притом под большим давлением в вливающие материнские вены плацентарной площадки. Пузырьки воздуха уносятся током крови в правый желудочек и закупоривают устье легочной артерии, вследствие чего наступает смерть в течение нескольких минут. Кроме того жидкость может в зависимости от своих свойств (лизол, сулема) вызывать отравление, часто оканчивающееся смертью.

При употреблении раствора лизола может произойти образование инфарктов во всей половой сфере. Практически самое существенное заключается в том, что подпольные аборт имеют лихорадочное течение. Лихорадка у беременной при отсутствии маточных сокращений, сохранившейся шейке и совершенно закрытом маточном зеве всегда должна вызывать подозрение на имевшие место у больной манипуляции с целью плодизгнания. Врач должен при ведении каждых родов и каждого аборта руководствоваться точными измерениями температуры у беременной. Если лихорадка находится, так сказать, в противоречии с данными внутреннего исследования, то ее установление прежде, чем что-либо будет предпринято, является единственным средством, облегчающим выяснение дела и, с другой стороны, гарантирующим врача от приписывания ему того, что было сделано преступными руками. В таких случаях должно крайне тщательно искать видимых следов вмешательства, а именно повреждений входа во влага-

лище, мочеиспускательного канала, влагалищных сводов, маточного зева, а также чувствительности со стороны матки и соседних с ней органов и признаков начинающегося перитонита (вздутие и болезненность живота, пульс, дыхание, общее состояние). Если подозрение в отношении плодизгнания оправдывается, необходимо женщину в интересах как ее самое, так и врача переправить для дальнейшего лечения в стационар.

Решение того, что делать, часто бывает очень трудным, главным образом тогда, когда эффект плодизгнания недостаточно ясен. Явно увеличенная матка может содержать в себе как еще целое плодное яйцо, так и его остатки. Закрытый маточный зев может быть еще действительно не открывшимся или уже закрывшимся после изгнания плодного яйца. В таком случае объективный контроль и наблюдение помогают выяснить положение вещей. Если имеется уже явная околоматочная инфекция или даже перитонит, то необходимо решить, достаточно ли ограничиться обследованием и опорожнением матки или при повреждении матки или тяжелом септическом эндометрите произвести полную экстирпацию матки, либо при наличии гнойного очага в параметрии выпустить гной, либо при перитоните приступить к лапаротомии как к последнему, подающему хотя какую-нибудь надежду на спасение больной способу лечения. В лучшем случае больной предстоит долгое постельное содержание, в течение которого надо заботиться об ее питании, назначать сердечные средства, следить за наступающими осложнениями (пиемия!), вообще проводить длительное врачебное наблюдение и тщательный уход.

Недостаточно опытный врач должен остерегаться произвести аборт при ненарушенной беременности. Ошибка может быть результатом добросовестного заблуждения, например при смещении беременной матки при пальпации с какой-либо опухолью, в особенности опухолью яичника. Нередко однако здесь имеет место сознательный обман со стороны пациентки при сообщении ею анамнестических данных¹.

Если менструация задерживается несколько дольше обычного, то при наличии предпосылок для беременности (половая жизнь) женщина тем определеннее считает себя беременной, чем больше она этого не хочет, и едва только у нее возникло подозрение, часто делается попытка к плодизгнанию, притом очень нередко на небеременной матке. Аменорея вне беременности не представляет редкости, наступающая в климактерии, при хлорозе, изредка при туберкулезе и довольно часто без видимых причин. Эти последние случаи объясняются теперь внутрисекреторными расстройствами (дисфункция) яичников. Во время войны была очень широко распространена так наз. аменорея военного времени на почве недооказания и душевных переживаний. Во всех подобных случаях могут иметь место попытки вызвать аборт при отсутствии беременности (*tentamen abortus deficientē graviditate* по Нейгебауэру). При внематочной беременности попытки плодизгнания могут послужить поводом к разрыву трубы с угрожающим внутрибрюшинным кровотечением.

Искусственный аборт

При искусственном прерывании беременности надо иметь в виду следующие заболевания (Винтер, Фрейнд).

1. Токсикозы беременности (неукротимая рвота, чрезмерное слюноотделение). Прерывание беременности необходимо здесь в тех случаях, где имеются тяжелые токсические явления (лихорадка, желтуха, общее истощение, нервно-мозговые явления). Почти все случаи неукротимой рвоты излечиваются путем соответствующего лечения (диета, промывание желудка, психотерапия, фардизация, внутримышечные впрыскивания овогландола и инсулина).

¹ Благодаря бесправному положению женщин в буржуазных странах, особенно трудящихся, последние нередко должны прибегать к сознательному обману врачей в целях добиться производства искусственного аборта.—С. Р.

2. Бугорчатка легких. Прерывание беременности показано здесь только при открытых и прогрессирующих формах, сопровождающихся лихорадкой, падением веса, плохим самочувствием или резким наследственными отягощением. Прерывание беременности нужно делать здесь по возможности раньше, причем предварительно, если это возможно, надо испытать санаторное лечение.

Особенно замечательны результаты, полученные Шерером (санаторий Состау—Магдебург).

Латентный туберкулез легких не показывает прерывания беременности. Стремление Менге (Шульце-Ронхоф), сохраняя беременность, лечить даже тяжелый туберкулез лучами Рентгена, требует проверки и дальнейших наблюдений. До настоящего времени нет оснований для изменения изложенной установки показаний для аборта.

3. Острый туберкулез гортани показывает немедленное прерывание беременности.

4. Заболевания сердца. При явлениях декомпенсации здесь прежде всего проводится лекарственное лечение (наперстянка). Если оно остается безуспешным, разрешается прерывание беременности. О раннем производстве аборта вопрос возникает лишь при миокардите, свежем и рецидивирующем эндокардите, причем немедленное прерывание беременности производится при непосредственной опасности для жизни, а профилактическое прерывание—если недавно бывшие у женщины роды привели к тяжелой недостаточности сердца. Взгляды на значение различных пороков сердца при беременности расходятся—большинство авторов расценивают заболевания миокарда выше, чем пороки клапанов, рассматривая последние лишь как дополнительные показания. Другие считают, что митральный стеноз, который является особенно неблагоприятным, всегда показывает прерывание беременности. Надо сказать, что в начале беременности при наличии у женщины сердечного заболевания бывает исключительно трудно сделать правильный прогноз по отношению к концу беременности и родам.

5. Заболевания почек. Нефропатия никогда не является показанием к прерыванию беременности. Альбуминурия, цилиндрурия и отек также не являются достаточными основаниями для искусственного аборта. Вопрос о последнем может возникать только в редких случаях нефропатии с жизненными показаниями (пороки сердца при гидротораксе, прогрессирующий альбуминурический ретинит и отслойка сетчатки), при которых необходимо немедленное прерывание беременности. Острый нефрит не показывает искусственного аборта, в отношении же хронического показания ставятся так же, как и при нефропатии, а именно аборт показан при прогрессирующем альбуминурическом ретините, при угрожающей уремии (неустраняемые головные боли, рвота, амавроз, ретинит) и декомпенсации сердца. В отношении пиелита прерывание беременности бывает обосновано только тогда, когда ни промывание почечных лоханок ни нефротомия не дают улучшения.

6. Базедова болезнь. Здесь искусственный аборт показан в тех случаях, где лекарственная терапия не ведет к цели, и безуспешными остаются струмектомия и облучение рентгеном. Равным образом и при простом зобе струмектомия является методом выбора. При струме языка острое ухудшение заболевания в течение беременности показывает аборт (Бубели).

7. Сахарное мочеизнурение оправдывает прерывание беременности в тех случаях, где лекарственное лечение не может устранить ацидоза, в случаях наступления токсического нефроза и при смерти плода.

8. При тетании прерывание беременности показано только в очень тяжелых случаях, где затруднение дыхания и потеря сознания создают жизненные показания. Однако это бывает крайне редко.

9. Остеомаляция требует, самое большое, кастрации.

10. При эпилепсии могут вынудить производство аборта резкое учащение припадков, душевное расстройство и status epilepticus.

11. Хорея беременных требует быстрого прерывания беременности при остром начале, рецидивах хореи, имевшей прежде тяжелую форму, истощении, затрудненности дыхания, осложнениями заболеваниями сердца, легких и почек или психозами. Однако некоторые довольно тяжелые случаи быстро улучшаются после применения сальварсана.

12. Полиневрит. Искусственный аборт показан здесь при распространении болезни на блуждающий нерв и нерв диафрагмы, а также при параличе Ландри. При корсаковском психозе прогноз и при прерывании беременности остается плохим.

13. Психозы заболевания центральной нервной системы. Психиатр должен в каждом отдельном случае решить вопрос, может ли прерывание беременности дать надежду на улучшение и излечение заболевания. Во внимание здесь принимаются только множественный склероз, раннее слабоумие или ухудшение его в течение беременности, status epilepticus, изнасилование при врожденной слабости умственных способностей и депрессия в результате беременности (Э. Мейер).

14. Если лейкопения наступает у женщины во время беременности, то рекомендуется искусственный аборт, если же заболевание существовало раньше, то прерывание беременности уместно лишь при жизненных показаниях.

15. Злокачественная анемия требует немедленного прерывания беременности и стерилизации, причем и в таком случае прогноз ее остается плохим.

16. Отосклероз не показывает прерывания беременности, так как она не оказывает на него влияния: высокая степень миопии требует искусственного аборта только в тех случаях, когда у беременной наступают кровоизлияния в сетчатку или хориоидит (Бате), сами же по себе хориоидит и неврит зрительного нерва — в тех случаях, когда отмечается резкое и тяжелое ухудшение этих заболеваний.

17. Все осложнения беременности, которые могут быть устранены оперативным путем, показывают соответствующую операцию, но отнюдь не прерывание беременности (апендицит, холецистит, опухоли брюшной полости, туберкулез почек, грыжи, варикозные расширения вен).

18. Смерть плода не требует прерывания беременности, если не наступило вследствие этого осложнений (лихорадка).

19. Пузырный занос при достоверной диагностике показывает немедленное прерывание беременности.

20. Многоводие при высокой степени его развития нуждается в проколе плодных оболочек.

21. Заболевания половой сферы у беременных, как ретрофлексия матки, миомы, опухоли яичников и другие заболевания придатков, не показывают прерывания беременности.

22. Узкий таз также не служит основанием для искусственного аборта.

[Существующие в СССР научно-исследовательские институты по охране материнства и младенчества дали в отношении выработки показаний и противопоказаний для искусственного аборта богатый материал. Как пример, приводим показания и противопоказания к производству аборта, выработанные Московским областным научно-исследовательским институтом ОММ.

Противопоказания

1. Импантилизм, гипоплазия являются относительным противопоказанием к аборту.

2. Острые и подострые воспалительные заболевания половых, тазовых и брюшных органов.

Гнойники в области мочевого канала, бартолиниты с гнойными выделениями. Апендицит в острой и подострой стадии с повышением температуры. Женщинам, перенесшим воспалительные заболевания после родов и аборт, противопоказан искусственный аборт ранее 6 месяцев по выздоровлении, также при ускоренной реакции оседания.

3. Свежая гонорея (периодическое появление гонококков, присутствие диплококков или дегенеративных форм—при наличии большого количества лейкоцитов).

4. Все повышения температуры выше 37,4° без диагноза до трех дней после установления нормальной температуры (кроме туберкулеза, малярии, заболеваний почек, эндокардита).

5. Все местные воспалительные процессы (фокальная инфекция): ангина, грипп, флюс, фурункулез, гнойный отит, гнойящиеся раны и язвы, панариций. Хронические заболевания (с точки зрения очагодремлющей инфекции), которые в связи с травмой операции искусственного аборта могут дать толчок к развитию септических заболеваний.

6. Часто производимые аборты, чаще чем 2 раза в год, так как они ведут к изнашиванию всего организма и являются гормональной травмой, влияя не только на осмотические процессы, но и на нервно-психическую сферу.

7. Отдельные патологические формы, как шеечная беременность, подозрения на внематочную беременность.

8. Беременность, осложненная кистой, является относительным противопоказанием к аборту.

9. Наличие фибромы и фиброматоз являются относительным противопоказанием к аборту, так как эти комбинации с беременностью при производстве искусственного аборта дают частые осложнения в форме атонических кровотечений, неправильной инволюции и воспалений, а кроме того при таких комбинациях отмечается учащение перфораций матки. Искусственные аборты в этих случаях должны производиться в лечебнице, где возможна и лапаротомия.

Медицинские показания к производству аборта

1. Как правило аборт по медицинским показаниям должен производиться в течение первых 10 недель беременности (не позднее 12). В отдельных случаях дозволено производство аборта и при более поздних сроках беременности, если имеются лица строго медицинские показания.

2. По своей важности показания разделяются на безусловные (абсолютные) и относительные. При наличии безусловных показаний медицинский аборт может быть произведен немедленно по установлении точного диагноза при соблюдении условий, изложенных ниже.

3. При наличии относительных показаний беременная должна быть направлена в стационар для наблюдения и лечения, причем прерывание беременности производится лишь в случае безуспешности лечения.

4. При наличии относительных показаний за беременной остается право на сохранение беременности, но она должна быть осведомлена врачом, наблюдающим за ней, о риске, которому она себя подвергает.

При развитии симптомов, приближающих относительное показание к безусловному, беременной должно быть рекомендовано производство аборта.

5. Производство искусственного аборта по медицинским показаниям требует соблюдения известных условий, обеспечивающих правильную установку показаний

и предупреждающих возможность расширенного толкования последних. Условия эти следующие:

а) поступающая для производства искусственного аборта или для предварительного наблюдения беременная должна иметь направление от государственного амбулаторного учреждения (консультации, диспансеры, поликлиники и т. п.); прием больных для медицинского аборта с направлениями частного характера, от кого бы они ни исходили, воспрещается;

б) каждая больная, поступившая для медицинского аборта, должна быть подвергнута всестороннему клиническому обследованию и наблюдению, все данные должны быть занесены в историю болезни беременной;

в) вопрос о производстве аборта решается консультативно при участии 3 штатных врачей данного стационара (если 3 врачей в штате нет, то не меньше 2, из коих один должен быть главврач или его заместитель по медицинской части и терапевт или иной специалист, участвовавший в постановке показаний для производства выкидыша);

г) решение консилиума должно быть запротоколировано в истории болезни беременной, причем показания к аборту должны быть сформулированы кратко и точно в выражениях, не допускающих неправильного толкования;

д) о всех случаях производства аборта по медицинским показаниям доводится до сведения соответствующего райздрави в отчетном порядке.

6. До 10—12 недель беременности общепринятым методом прерывания беременности следует считать одномоментный способ путем выскабливания полости матки. Позже 12 недель при наличии жизненных показаний рекомендуется малое кесарское сечение или влагалищное кесарское сечение.

Первому отдается предпочтение, особенно в тех случаях, когда попутно должна быть произведена стерилизация.

7. В дальнейшем все показания разделяются на общие и генитальные.

Примечание. Изнасилование, инвалидность и тому подобное случаи не составляют медицинских показаний для аборта, и прерывание беременности при наличии их производится в общем порядке, установленном для социального аборта.

Общие показания

1. Заболевания сердечно-сосудистой системы. В основу суждения о показаниях к прерыванию беременности должны быть положены данные функционального состояния сердца и сосудов. Анатомо-морфологический диагноз не решает вопроса о необходимости прекратить беременность.

Общими показаниями для прерывания беременности служат:

1. Явления **декомпенсации** и независимо от характера заболевания сердца, являющегося причиной этой декомпенсации. Симптомы: цианоз, одышка, отеки, периферические и висцеральные и пр.

2. Явления **субкомпенсации** и сердечной деятельности (особенно при наличии декомпенсации в прошлом).

Примечание: выраженные субъективные жалобы при незначительной физической нагрузке, профессиональная утомляемость, плохо выпадающие функциональные пробы сердца.

Компенсированные формы заболевания сердца при наличии стойких изменений (отсутствие указаний на прогрессирование процесса) сами по себе не являются поводом для прерывания беременности.

Примечание: недостаточность двусторчатого клапана, заболевание мышцы сердца при отсутствии потери трудоспособности, сужение двусторчки, которое совершенно не дает чувствовать себя больной.

Примечание. В случаях, где имеется выраженный порок сердца, причем образование его произошло относительно недавно (один-полтора года), где следовательно нельзя говорить с уверенностью о стойкости процесса, беременность лучше прервать.

3. **Эндокардиты** при наличии очерченности симптомокомплекса служат безусловным показанием для производства аборта.

Примечание. Наличие нестойкой субфебрильной температуры и некоторой возбудимости сердца не является показанием к аборту (вопрос о первичном очаге).

4. Аритмическая деятельность сердца при условии наличия диагноза мерцания предсердий—безусловное показание к прерыванию беременности.

Экстрасистолия, наоборот, не должна приниматься в расчет при условии отсутствия других признаков болезней сердца.

5. Склеротические изменения сосудов при наличии твердо установленного симптомокомплекса—показание к аборту.

II. Туберкулез легких, гортани, костей и суставов.

1. Компенсированные формы туберкулеза с рентгеноскопическими и физикальными признаками (отсутствие выделений БК перед наступлением беременности, стойкая нормальная температура, отсутствие тахикардии, нормальная РОЭ до беременности, стойкий вес) не дают показаний к прерыванию беременности. В случаях с обширными фиброно-диротическими изменениями беременность может быть оставлена только при благоприятных социально-бытовых условиях.

2. Субфебрильная температура туберкулезного происхождения (железисто-плевральная форма и формы с хронической интоксикацией без явлений генерализации глаза, железы, кожи и пр.) при условии удовлетворительного питания, отсутствия тахикардии, нормальных показаний РОЭ также не дает показаний к прерыванию беременности.

3. Случаи с более обширными инфильтративными изменениями, диссеминированные формы или выраженная кавернозная легочная чашотка, случаи с резко выраженной токсемией подлежат прерыванию беременности.

4. Прерывание беременности необходимо производить в первые 10 недель беременности; прерывание беременности во второй половине в тяжелых случаях бесцельно, так как к тяжести туберкулезного заболевания прибавляется опасность полостной операции.

5. При субкомпенсированной форме туберкулеза с незначительными явлениями продуктивного характера без значительного распада и с нерезко выраженной интоксикацией беременность может быть сохранена. Устанавливая показания к прерыванию беременности или к ее сохранению, в таких случаях необходимо принимать во внимание социально-бытовые условия больной, желание женщины иметь ребенка, а также возможность длительного санаторного лечения.

6. При туберкулезе гортани необходимо беременность прервать чем скорее, тем лучше.

7. При костно-суставном туберкулезе законченные формы не дают показаний к прерыванию беременности.

8. Случаи костно-суставного туберкулеза с проявлениями интоксикации и открытыми свищами подлежат прерыванию беременности.

III. Заболевания почек. При заболеваниях почек необходимы клиническое обследование больных и консультация с терапевтами.

Острый нефрит служит относительным показанием к прерыванию беременности: только при переходе острого нефрита в хронический может быть поставлен вопрос о прекращении беременности. Хронический нефрит, особенно при недостаточной функции почек, служит показанием к прерыванию беременности. При нефрозе угрожающим симптомом является значительная альбуминурия с появлением эпителиальных и зернистых цилиндров. При безуспешности постельного содержания и диетического режима беременным должна быть прекращена.

IV. Злокачественное малокровие.

V. Лейкемия.

VI. Заболевания органов внутренней секреции: 1) базедова болезнь при ухудшении состояния (нарушение работы сердечно-сосудистой системы); 2) сахарное мочеизнурение является показанием к прерыванию беременности, если лечебные мероприятия не улучшают состояния, что указывает на тяжелую форму заболевания; 3) тетания.

VII. Нервные и психические заболевания требуют в каждом отдельном случае консультации невропатолога или психиатра, причем показание должно быть формулировано точно с указанием диагноза заболевания, основных симптомов и течения.

VIII. Заболевания органов чувств: а) neuritis optica, особенно двусторонний, отслойка сетчатки, кровоизлияния в сетчатку и пр. требуют немедленного прерывания беременности; б) отосклероз является безусловным показанием для прерывания беременности, так как он ведет к полной глухоте во время беременности.

IX. Кожные заболевания. Из этих заболеваний только *impetigo herpetiformis*, обыкновенно сопровождающаяся лихорадкой, ознобами и тяжелым поражением общего состояния, служит показанием к немедленному прерыванию беременности.

Примечание. Простая желтуха, аппендицит, холецистит, нефрит требуют терапевтического и хирургического лечения во время беременности, но показанием к прерыванию беременности не служат.

Генитальные показания. 1. Узкий таз может служить показанием для аборта лишь при абсолютном сужении (*conjugata vera* 6 см при плоском, 6,5 см—при общесуженном тазе). При этом в каждом отдельном случае беременной должно быть рекомендовано сохранение беременности с указанием возможности кесарева сечения и одновременно стерилизации и должно быть указано на вероятность риска, связанного с операцией.

Примечание. Относительное сужение таза с *conjugata vera* 8 см и выше не служит показанием к производству аборта, так как первые роды являются пробными.

2. Острое многоводие (*hydramnion ac.*) при наличии угрожающих симптомов со стороны сердца и легких.

3. Ущемление ретрофлектированной беременной матки не служит показанием для аборта. В тех случаях, где имеются сзади матки спайки, фиксирующие ее положение, и беременная желает сохранить беременность, показана лапаротомия.

Примечание. Кисты яичника и фибромиомы матки, сопровождающиеся болями, явлениями перекручивания, расстройством деятельности брюшных и тазовых органов, требуют оперативного вмешательства через чревосечение, а не прерывания беременности. Сохранение беременности при кистах яичника желателно, при фибромиомах—в зависимости от локализации миом.

4. Токсикозы (гестозы). а) *Hyperemesis* (неукротимая рвота) требует прерывания беременности при наличии следующих симптомов: безуспешность предварительного лечения в стационаре, стойкое учащение пульса (до 100 и выше, особенно при наличии аритмии), повышение температуры, падение веса тела, наличие ацидоза, белка и эритроцитов в моче; б) острая желтая атрофия печени; в) *chorea gravidarum*, наступающая во время беременности, требует прерывания последней, если она течет тяжело и сопровождается осложнениями со стороны сердца, легких и почек, или если она является рецидивом хореи, бывшей в юности; г) *impetigo herpetiformis* (см. выше), если она не поддается лечению.—С. Р.)

Что касается техники искусственного аборта¹, то необходимо особенно настоятельно предостеречь от энергичного пальцевого или инструментального отделения еще крепко сидящего плодного яйца. Последствием такого отделения является кровотечение струей, которого иногда не удается преодолеть даже опытному врачу. Оно останавливается только после полного удаления яйца, но подобное удаление может быть сильно затруднено вследствие незначительного открытия шейки и может при этом настолько затянуться, что создается крайне угрожающее положение. Таким образом к опорожнению матки надо приступать в том случае, когда начало аборта подтверждается самопроизвольным кровотечением, а отслойка плодного яйца значительно

¹ Вместе с огромным большинством других советских гинекологов Груздев считает наилучшим способом прерывания беременности в первые 3 месяца ее удаление частей плодного яйца при помощи кюретки и абортанга после предварительного расширения цервикального канала под местной инфльтрационной анестезией. Что касается прерывания беременности в более поздних ее стадиях, то лучше всего производить ее путем передней внебрюшинной гистеротомии через рукав по Хейнзиусу-Лейблику, удаляя части яйца через разрез, сделанный в области нижнего сегмента и верхней части цервикального канала, при помощи того же абортанга. Если одновременно с опорожнением матки нужно произвести и стерилизацию женщины, то рукавную гистеротомию лучше заменить малым кесаревым сечением с донным разрезом матки по Фричу.—В. Г.

продвинулась. В резком противоречии с опорожнением матки через рукав, сопровождающимся часто большой кровопотерей, находится почти бескровное выделение яйца при так наз. малом кесаревом сечении.

При разрешении вопроса о прерывании беременности врачу всегда приходится сталкиваться и с вопросом о том, нужно ли в данном случае производить стерилизацию. Вопрос этот с несомненностью может быть разрешен только в тех случаях, где по мнению соответствующего специалиста заболевание женщины, по поводу которого была прервана беременность, не допускает ни при каких обстоятельствах безопасного течения беременности.

Быть вынужденным делать несколько раз в году аборт одной и той же женщине очень тяжело для всех участвующих, особенно для врача. Как для одномоментной при малом кесаревом сечении, так и для двухмоментной (искусственный аборт, а некоторое время спустя операция на трубах) стерилизации необходимым условием разумеется является согласие пациентки, а при ее несовершеннолетии—опекуна.

Методом выбора обычно бывают операции на трубах (экстирпация, смещение, закрытие просвета)¹. Только при легочном туберкулезе Бумм и я рекомендуем полную экстирпацию беременной матки через рукав (маточная кастрация), чтобы исключить крайне неблагоприятное даже в санаторных условиях влияние менструации. Прогноз этой операции, производимой бескровно под местной анестезией, является почти абсолютно благоприятным, причем число улучшений туберкулеза при ней достигает 60% оперированных.

Яичниковая кастрация как метод стерилизации должна быть совершенно исключена, так как внутрисекреторная функция яичников даже для небеременующей женщины имеет настолько большое значение, что эта функция должна быть сохранена.

Обычно специалисты высказываются по вопросу о беременности при известных заболеваниях лишь условно,—что они считают пока новую беременность у больной нежелательной, вызывающей сомнение и небезопасной. Тогда необходимо прибегнуть к факультативному предупреждению беременности.

Литература

А б о р т: Nürnbergger u. Heynemann, Halban u. Seitz, Biologie u. Pathologie des Weib, Bd. VII.—v. Jaschke, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 14.

Центральный разрыв шейки: B. Ottow, Zentralbl. f. Gyn., 1925, Nr. 32.—Wiczinski, Zentralbl. f. Gyn., 1919, Nr. 46.—Caffier, Zentralbl. f. Gyn., 1928.

Лихорадочный аборт: Dietrich, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 27.—Winter, Zentralbl. f. Gyn., 1911, Nr. 15 und 1932, Nr. 38.—Brütt, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 33 und Archiv f. Gyn., Bd. 116.—Kamniker, Zentralbl. f. Gyn., 1927, Nr. 37.—E. Strassmann, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 22 (Gasbrandembolie).—H. Flechtner und G. Quast, Zentralbl. f. Gyn., 1925, Nr. 18.—K. Fritsch, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 36.—W. Simon, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 14.

Искусственный аборт: Bumm, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 63.—Fritsch, Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin. Bd. 37, 1919; Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 47.—H. Freund, Zentralbl. f. Gyn., 1920, Nr. 6.—W. Frey, Die Prognose des Herzfehlers in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 40.—Herz und Schwangerschaft. Leipzig, 1923, Thieme.—R. Hornung, Die künstliche Einleitung der Geburt. Ergebnisse der gesamten Medizin, Bd. 12, 1929.—E. Meyer, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 16.—H. v. Peham und H. Katz, Die instrumentelle Perforation des graviden Uterus und ihre Verhütung. Wien, 1926. J. Springer.—Placzek, Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit. Handb. Thieme, Leipzig, 1918.—Sarwey, Handb. von v. Winckel, Bd. 3.—Siemerling, Monatsschrift. f. Geb. u. Gyn., Bd. 46, H. 4.—Thorn, Zent-

¹ Из различных методов оперативной стерилизации Груздев особенно охотно применяет в тех случаях, где стерилизация производится одновременно с малым кесаревым сечением, клиновидную резекцию межюточных частей труб, а где операция эта производится отдельно,—вшивание абдоминальных частей труб в паховые каналы по Менге.—В. Г.

ralbl. f. Gyn., 1910, Nr. 15.—G. Winter, Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Berlin, 1918, Urban u. Schwarzenberg.—Werner, Zentralbl. f. Gyn., 1913, H. 43.

Вытравление плода: Becker, Zentralbl. f. Gyn., 1920, Nr. 30 (Fistula cervicis laqueatica).—Bumm, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 79.—Fritsch, Dittrichs Handb. d. ärztl. Sachverständigentätigkeit, 1911, Bd. 6.—Ders, Gerichtsärztl. Geburtshilfe. Stuttgart. 1901, F. Enke.—Hirsch, Zentralbl. f. Gyn., 1918, Nr. 3 u. 43.—Ders, Fruchtabtreibung und Geburtenrückgang. Leipzig, 1913.—Kabitzsch, Fruchtabtreibung, ihre Ursachen, ihre volkshygienische Bedeutung und die Mittel zu ihrer Bekämpfung. Stuttgart, 1921, Enke.—Hornung, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 15.—Kockel, Handb. von Döderlein, Bd. 2.—v. Neugebauer, Zentralbl. f. Gyn., 1912, Nr. 4 und Gyn. Rundschau, 1913.—Stumpf, Handb. von v. Winckel, Bd. 3.—Fiedler, Zentralbl. f. Gyn., 1923, H. 4.

Стерилизация: Nürnberg, Volkmanns klin. Vorträge, 1918.—Stoessel, Zentralbl. f. Gyn., 1915, S. 161.—Winter, Die Indikationen zur künstlichen Sterilisierung der Frau. Berlin, 1920, Urban u. Schwarzenberg.—Pankow, Halban u. Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes, Bd. III.

БОРЬБА С АБОРТАМИ В СССР

С. Рафалькес (Москва)

Искусственные аборты известны с самых древних времен, и хотя точных данных о распространении этого явления среди тех или иных народов древности не имеется, но, судя по косвенным источникам можно предполагать, что они играли определенную социально-экономическую роль. В качестве примера в этом отношении можно привести заявления Платона и Аристотеля, утверждающих искусственный аборт по социально-экономическим причинам и для урегулирования роста населения.

Древнее хозяйство с его рабовладельческим укладом относилось сравнительно терпимо к аборту, ибо внутриутробный плод не представлял никакой ценности. Хозяйство не требовало приложения такого большого количества рук, чтобы вставал вопрос о резервной армии труда.

Средние века под влиянием церкви становятся нетерпимыми к аборту. Аборт рассматривается как убийство, степень наказуемости повышается вплоть до смертной казни. Церковь, претендовавшая на руководство всей политической жизнью человечества, была заинтересована в подобном отношении к аборту, ибо это давало ей возможность держать женщину в своих руках, делать ее орудием своей политики.

Новейшее время характеризуется различным отношением к искусственному аборту со стороны разных классов. С одной стороны, мы имеем борьбу растущего рабочего класса за ненаказуемость аборта, с другой стороны, капиталистический способ ведения народного хозяйства требует наличия постоянной резервной армии трудящихся (безработных); империалистические устремления буржуазии, погоня за новыми рынками вызывают необходимость содержать огромные армии. Для этого требуются люди, люди и люди. В то же время уже в XVIII в. и в литературе (напр. книга Бекария, 1764 г. «О преступлении и наказании») и в законодательстве (напр. Пруссии, 1794 г.) мы находим тенденции к смягчению наказания за искусственный аборт и указания на необходимость учитывать социальное положение abortирующей женщины.

Современное буржуазное законодательство по вопросу об абортах исходит из представления, что abortируют лишь врожденные преступные женщины. Эта презумпция о врожденной преступности оправдывает в глазах буржуазного общества самые жестокие меры против abortирующих женщин. Между тем изучение этого вопроса в социально-

экономическом разрезе показывает, что основными причинами абортов в капиталистическом обществе являются эксплуатация трудящихся, непосильный труд, скверные жилищные условия, низкая заработная плата, т. е. в конечном итоге капиталистический способ производства с сопровождающей его нуждой рабочего класса. Женщина-работница идет на аборт не потому, что ей угрожает потеря красоты, стройности фигуры и т. п. (что мы имеем среди представительниц буржуазных слоев общества), а исключительно вследствие отсутствия материальной возможности содержать и вырастить своего ребенка. Материнство в условиях капитализма является непосильной обузой для трудящейся женщины и она всеми силами и средствами старается от него избавиться. Но буржуазии нужны новые рабочие, новые солдаты, и отсюда жестокость уголовных законов.

Как на пример укажем на германский закон, запрещающий аборты:

§ 218. Беременная, умышленно вытравляющая плод или убивающая его в своей утробе, наказывается каторжной тюрьмой сроком до 5 лет.

При наличии смягчающих вину обстоятельств виновная подлежит заключению в тюрьме не ниже 6 месяцев.

Тому же наказанию подлежит тот, кто с согласия беременной применит в отношении ее средства с целью аборта или умерщвления плода или введет таковые.

§ 219. Каторжной тюрьмой сроком до 10 лет карается тот, кто за вознаграждение доставит беременной, которая вытравила или умертвила плод, средства, применил или ввел их ей.

В царской России дело обстоит не лучше. По Уголовному уложению 1903 г. абортировавшая женщина каралась тюрьмой до 3 лет, а виновный в производстве аборта карался заключением в исправительном доме.

Рабочий класс, придя к власти в 1917 г. в СССР, сразу изменил положение дела. Наказуемость аборта была фактически отменена, а впоследствии это положение было зафиксировано и соответствующими законодательными актами.

Первым государственным актом в СССР в области законодательства об искусственном аборте является постановление НКЗдрава и НКЮста 18/XI 1920 г., которое содержит установление принципиального отношения к аборту и ряд практических мер. Этот исключительного интереса исторический документ гласит следующее: «За последнее десятилетие как на Западе, так и у нас возрастает число женщин, прибегающих к прерыванию своей беременности. Законодательства всех стран борются с этим злом путем наказания как для женщин, решившихся на выкидыш, так и для врача, его произведшего. Не приводя к положительным результатам, этот метод борьбы загнал эту операцию в подполье и сделал женщину жертвой корыстных и часто невежественных абортистов, которые из тайны создали себе промысел. В результате до 50% женщин заболевает от заражения и до 4% из них умирает. Рабоче-крестьянское правительство учитывает все зло этого явления для коллектива. Путем укрепления социалистического строя и агитации против аборта среди масс трудящегося женского населения оно борется с этим злом и, широко осуществляя принципы охраны материнства и младенчества, предвидит постепенное исчезновение этого явления. Но пока моральные пережитки прошлого и тяжелые экономические условия настоящего еще вынуждают часть женщин решаться на эту операцию, Наркомздрав и Наркомюст, охраняя здоровье женщины и интересы расы от невежест-

венных и корыстных хищников и считая метод репрессии в этой области абсолютно недостигающим цели, постановляют:

1. Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ей максимальная безвредность.

2. Абсолютно запрещается производство этой операций кому бы то ни было кроме врача.

3. Виновные в производстве этой операции акушерка или бабка лишаются права практики и предаются народному суду.

4. Врач, произведший операцию плодознания в порядке частной практики с корыстной целью, также предается суду».

В РСФСР понятие криминального аборта и уголовная санкция за это преступление—штраф и лишение свободы на срок до 5 лет—содержатся в ст. 140 ныне действующего Уголовного кодекса. По смыслу этой статьи карается умышленное досрочное прекращение беременности независимо от возраста плода. Мать ребенка не подлежит наказанию. Для состава преступления необходимо, чтобы операция была произведена или лицом, «не имеющим надлежащей медицинской подготовки», или «в антисанитарной обстановке», т. е. в условиях, не соответствующих требованиям хирургии. Мера социальной защиты повышается, если изгнание плода совершалось в виде промысла, без согласия матери и в случае смерти беременной.

Легализация абортов имела своей целью в первую очередь вывести аборты из подполья и перенести их производство из темных углов, из рук бабок и знахарок в светлые палаты наших больничных учреждений. Что это полностью удалось, можно судить по следующим фактам. Количество женщин, поступающих в больничные учреждения с начавшимся абортom, всегда было очень высоким. Ни для кого не секрет, что начавшийся аборт у здоровой женщины (*abortus incipiens*)—это кровотечение, искусственно вызванное в целях прерывания беременности. Поэтому количество женщин, поступающих с неполным абортom в больницы, является очень показательным; так, по данным НКЗдрава таких абортов было в 1923 г. 42%, в 1924 г.—37%, в 1925 г.—28,8%, в 1926 (по Москве)—12,2%. В дальнейшем эти цифры продолжают падать. Показательны также цифры заболеваемости после абортов. Липман приводит 226 случаев перфорации при подпольных абортах, окончившихся большей частью смертью. В Берлине (данные Бумма) на 100 абортировавших, попавших в больницы, было 50 с повышенной температурой; из них 36 тяжело больных, 4 умерло. Ежегодно в Германии заболевает сепсисом 75 000 женщин и умирает до 7 000 женщин в цветущем возрасте (по данным Хансберга и Гротьяна). По данным Ресле все сепсисы после абортов и родов дали в Берлине в 1922 г. (на 1 000 родов) 13 случаев смерти, в 1923 г.—14, в 1924 г.—11; от той же причины в Ленинграде на 1 000 родов и абортов умерло в 1922 г.—3,92, в 1923 г.—3,55, в 1924 г.—2,76 и в 1925 г.—2,45. Липман считает (вероятно преуменьшенно) для всей Германии в 1924 г. 13 782 смерти после аборта.

Легальный аборт постепенно оттесняет аборт из подполья, в связи с чем сразу и резко снизилась как заболеваемость, так и смертность после аборта. На 175 000 искусственных абортов, зарегистрированных в специальных лечебницах Москвы с 1920 по 1930 г., было 9 смертных случаев, что составит смертность менее 0.005%. Если мы присоединим сюда 53 000 абортов, произведенных в Московской области, смерт-

ность выразится до 0,01%. Так наз. подпольные аборты и сейчас дают смертность от 0,63 до 0,8% (Илькевич). Резко уменьшилось у нас и число перфораций при операции искусственного аборта—0,08% со смертностью 0%. Число зарегистрированных перфораций по данным иностранных авторов достигает 0,35%, что составляет однако «лишь дробную часть действительно происшедших перфораций» (Хейнеманн) и дает смертность от 26 до 31,2% и больше (Леви).

Постановление 1920 г. о легализации абортов извлекло аборты из подполья и дало возможность статистического изучения этого явления, причин его и благодаря этому наметить пути к борьбе с абортами. НКЗдрав с июля 1924 г. установил обязательное заполнение в комиссиях по выдаче разрешений на аборт «карточки об аборте». Эта же карточка должна заполняться и на женщину, поступившую в больницу в состоянии выкидыша (внебольничный аборт). В карточке имеются вопросы о возрасте, национальности, профессии, местожительстве (город или деревня), семейное положение—одинокая, живет с мужем, брак зарегистрирован, не зарегистрирован, жилищные условия, количество беременностей и их исход, выкидыш, роды в порядковом номере с указанием года, когда были роды, выкидыш и месяц настоящей беременности. На карточке указываются причины (мотивы), вызывающие желание произвести аборт, и решение комиссии о бесплатном производстве аборта или отказе; в случае отказа—результат патронажного обследования, судьбы беременности (производится через 2—3 месяца после отказа). Изучение этих карточек положило начало статистическому исследованию абортной проблемы.

В первые годы легализации абортов число коек для абортов было недостаточно, и поэтому в целях удовлетворения спроса со стороны наиболее социально нуждающихся женщин, а также для агитации против абортов оказанием женщине социальной помощи постановлением Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата юстиции (от 3/XI 1924 г.) предложено на местах организовывать комиссии для выдачи разрешений на бесплатное производство абортов в государственных больницах с установлением очередности, а именно: 1) безработные одиночки, 2) одиночки-работницы, имеющие одного ребенка, 3) многодетные, занятые в производстве, 4) многодетные жены рабочих, 5) все остальные категории застрахованных и 6) остальные граждане. Таким образом наиболее нуждающиеся женщины в первую очередь обеспечиваются бесплатным производством абортов. Женщины, получившие отказ, вынуждены были обращаться в немногочисленные частные больницы, а больше—к врачам, акушеркам и другим лицам, занимающимся подпольным производством аборта, чем наносился ущерб их здоровью. Поэтому большинство здравотделов за последние 2—3 года в целях удовлетворения спроса для горожанок, не имеющих социальных показаний для производства абортов, взимает с них плату за эту операцию, а за счет этой платы увеличивает число коек для производства бесплатных абортов (Генс).

Вопрос о социальных показаниях к производству аборта решается в каждом случае абортными комиссиями.

Легализацией аборта была разрешена одна часть проблемы—охранить здоровье трудящейся женщины от подпольного аборта. Однако оставалась другая часть ее—совершенно ликвидировать аборт, одновременно сделав материнство сознательным и радостным.

Как бы хорошо и искусно ни была произведена операция прерывания беременности, она все же для организма женщины является вредной, а вредность эта, накапливаясь в случае повторных аборт, может вести к стойким анатомическим и функциональным изменениям в половых органах женщины. Многие авторы приписывают искусственным аборт этиологическую роль при последующей внематочной беременности и при вторичном бесплодии. Хотя и нет еще достаточно твердых доказательств к тому, чтобы принять эти положения за безусловные, все же приходится считаться с тем фактом, что у многих женщин при вторичном бесплодии или при внематочной беременности в анамнезе имеются указания на повторные искусственные аборт. Отсюда вывод—борьба с аборт должна быть направлена на то, чтобы не допустить наступления беременности. Это достигается противозачаточными средствами.

В качестве метода борьбы с аборт противозачаточные средства широко пропагандируются среди трудящихся женщин. Эти средства предлагаются не только тогда, когда та или иная женщина обращается за ними в лечебное учреждение. Путем лекций, бесед, плакатов, личных бесед с каждой больной выясняется вред аборт и указывается на профилактические мероприятия как метод борьбы с абортами. Такие беседы, не говоря уже о женских консультациях, проводятся в гинекологических лечебницах, единых диспансерах, общих амбулаториях. Многие гинекологические лечебницы проводят соответствующие беседы с мужьями. Эти беседы имеют целью кроме сообщения ряда общемедицинских сведений внушить мужьям необходимость более бережного отношения к своим женам, особенно в вопросах прерывания беременности. Судя по имеющимся данным, такие собеседования приносят очень большую пользу и являются в значительной мере эффективными. На предприятиях, где занято много рабочих и где процент женщин среди них превалирует над мужчинами, устраиваются специальные профилактические кабинеты. Все эти меры способствуют внедрению противозачаточных средств в широкие массы трудящихся женщин и тем самым уменьшают количество аборт.

Ко всему изложенному следует прибавить, что ведется углубленная научная разработка методов предохранения от беременности. Объединяет и направляет эту работу Центральная комиссия по борьбе с абортами при Государственном научно-исследовательском ин-те ОММ НКЗдрава РСФСР в Москве.

Относительно теории и практики применения противозачаточных средств см. главу «Противозачаточные средства».

В СССР уже сейчас имеется все необходимое и достаточное для разрешения проблемы аборт во всем ее масштабе. Построение фундамента социалистической экономики, создание условий к ликвидации классов и переходу к бесклассовому обществу, вовлечение огромных масс женщин в производство, поднятие общего культурного и материального уровня трудящихся масс—все это является тем базисом, на котором борьба с абортами является наиболее эффективной. Сюда же следует прибавить санитарное просвещение—общее и специальное—в части обеспечения сознательного и радостного материнства, всю работу по охране детства. СССР разрешил основной спор по вопросу о том, как бороться с аборт—репрессиями или изменением социально-экономического строя.

В заключение приведем образец листа по аборт, принятому в лечебных учреждениях Москвы.

Лист по аборту

Ордер №
Квитанция №

Застрахов.	{	Рабочий	Приравн.
		Служащий	Чл. колхоз.
		Проч. застр.	Проч. А.
		Чл. с. застрах,	» Б.

Лист по аборту №

Учреждение Поступила «.....» 193..... г.
Фамилия Имя Отч.

Подтверждающий документ

Возраст Народность В зарег. браке, не зарег.; жив. с
мужем, живет в семье, одиночка

Неграмотная, малограмотная, грамотная, образование (какое)
..... Местная, приезжая.

Где живет { Район Населенный пункт
Отдел. мил. улица (пер.) дом № кв. №

Где работает

Назв. фабрики, зав., учрежд., совхоза, колхоза, МТС

Характер производства

Отделение, цех

Детальн. профессия (должность)

Член семьи работающего, на иждивении которого живет (указать родство)

Для прочих лиц: чем занимается или источник существования

Где, когда, кем исследована (до поступления) Т^о

АБОРТ:	{	а) Искусственный (по ордеру)	Проведено дней	
		{	б) Начавшийся вне учреждения {	Дан больничный лист №
			Нелихорадящий	С ч. мес.
		Лихорадящий	По ч. мес.	
		Септический	Подпись	

Осложнения после аборта

Анамнез общий и специальный:

Общее заболевание: малярия, ревматизм, сифилис

Здоровье мужа: гонорея, сифилис

Гинекологическ. заболевания

Гонорея

Половая жизнь с лет

Характер менструации

Число аборт: искусств.
преивз.

Последний в году

Число родов: в срок пре-
ждевременно

Последний в году. Число
живых детей

Течение и осложнения прежних бере-
менностей; послеродовые (послеаборт-
ные) периоды

Принимала ли меры против беремен-
ности и какие (№ профилактория)

Показания к прерыванию настоящей бе-
ременности: медиц., социальные (ка-
кие)

Принимались ли попытки к прерыва-
нию данной беременности и какие

Дата последних регул

Данные исследования при поступлении:

Влагалище: кондиломы.....гиперемия Трубы, яичники

Налеты Параметрий, крестц.-мат. связки.....

Шейка матки Конституция

Разрывы Сердце

Матка: положение..... Легкие

Величина Почки

Консистенция Моча

Чувствительность Заключение: беременность..... недель

Выделения (бели): густые, жидкие, раз- Внутреннее исследование
едающие, светлые, гнойные, обильные. производи л

Операция и пособия:

Шейка матки по освещению зеркалами Послеоперацион. период: правильный,
важвачена пулевыми щипцами. Длина неправильный
полости маткисм. а) название послеоперац. болезни.....

Шейка расширена хегаром до №..... б) назв. болезни, независ. от аборта

Расширение в) повышение t° без диагноза, одно-
кратное, многократное

Удаление яйца или его частей: пальце- Состояние при выписке

вое, инструментальное..... Выписана «.....» ч.....

Наркоз мес. 193.....г.

Осложнения при операции Умерла «.....» ч.

..... Дата операции 193.....г. мес. 193.....г.

Подпись оперирующего Переведена (куда, когда)

Ординатор

Дата	Течение послеабортного периода	Назначения

ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Е. М. Шварцман (Москва)

Вопрос о применении противозачаточных средств занимает в системе советского здравоохранения совершенно отличное место по сравнению с буржуазной медициной, ревниво оберегающей интересы капиталистического общества. В капиталистических странах вопрос о применении противозачаточных средств тесно связан с проблемой народонаселения или вернее регулирования народонаселения.

В половине XIX в. распространилось так называемое мальтузианское движение, возникшее в Англии и названное по имени Томаса Роберта Мальтуса (1766—1834 гг.). Мальтус в специальном трактате изложил теорию народонаселения, согласно которой человечество неуклонно увеличивается в геометрической прогрессии в то время, как средства к существованию возрастают по закону арифметической прогрессии. В результате такого несоответствия неизбежно обнищание народных масс (пауперизм). Единственное средство борьбы с пауперизмом Мальтус видел в так называемом «моральном воздержании», т. е. в ограничении деторождения путем полового воздержания. Причина обнищания широких народных масс по мнению Мальтуса зависит от неразумия самих же масс, а не от социального строя, — частной собственности на средства производства и присвоения продуктов производства, характеризующих капиталистическое общество. Несостоятельность теории Мальтуса неоднократно была опровергнута Марксом и Энгельсом. Теория Мальтуса была необходима для английской буржуазии. По Энгельсу конец XVIII и начало XIX вв. был периодом жестокого наступления капитализма — появились машины, масса ремесленников была разорена, появилась впервые постоянная резервная армия пролетариата.

Теория Мальтуса должна была прикрыть жестокую эксплуатацию молодой и жадной буржуазии. Мальтузианство как теория получило большое распространение, но на практике оно по понятным причинам не могло найти широкого круга последователей.

В середине XIX столетия мальтузианская теория приобрела иной оттенок или вернее получила другое практическое направление. В 70-х годах XIX в. Анна Безант основала в Англии неомальтузианскую лигу. Неомальтузианство известно еще под именем «движения регулирования рождаемости» (Birth control, Geburtenregelung). В то время как мальтузианство в качестве практического метода предлагает половое воздержание, неомальтузианство широко пропагандирует применение противозачаточных средств как метод борьбы с «опасностью перенаселения». Неомальтузианские идеи получили распространение в ряде западноевропейских стран, причем они нашли сторонников и среди радикально-демократических элементов. Буржуазия вначале отрицательно отнеслась к неомальтузианскому движению, так как ограничение рождаемости могло уменьшить резервную армию пролетариата, поставляющую дешевую рабочую силу. «Капитал требует постоянного присутствия рабочей силы на рынке, продающий ее рабочий должен стать вечным при помощи размножения. Рабочая сила, которую рынок теряет благодаря изнашиванию и смерти, должна постоянно заменяться новой в таком же

количестве» (Маркс, «Капитал», часть 1). В последние годы в связи с капиталистической рационализацией производственных процессов резко увеличившаяся постоянная резервная армия безработных стала мощной социальной силой, угрожающей самым устоям буржуазного строя, и буржуазия значительно изменила свой взгляд. Современный социал-фашизм ищет выхода из жестокого кризиса в неомальтузианстве—все чаще раздаются голоса за легализацию аборта, дискутируются и разрабатываются вопросы о предупреждении беременности. Неизбежность социальных преобразований и страх перед пролетарской революцией побуждают пропагандировать неомальтузианские идеи. Неомальтузианские идеи нашли последователей среди либерально настроенных кругов и в дореволюционной России. На Пироговском съезде врачей ряд ораторов (Вигдорчик, Астрахан и др.) горячо высказывался за ненаказуемость аборта и пропаганду предохранительных от зачатия мер как выход из социального тупика. В. И. Ленин заклеил эту попытку подменить социализм, необходимость социальных преобразований и борьбу за эти преобразования пропагандой неомальтузианства, т. е. пропагандой ограничения рождаемости. В своей статье «Рабочий класс и неомальтузианство» (т. XVI, стр. 497) Ленин пишет: «Мы безусловные враги неомальтузианства, этого течения для мещанской парочки, заскорузлой и себялюбивой, которая бормочет испуганно: самим бы, дай бог, продержаться как-нибудь, а детей уже лучше ненадобно».

Разумеется это нисколько не мешает нам требовать безусловной отмены всех законов, преследующих аборт или распространение медицинских сочинений о предохранительных мерах и т. п. Такие законы—одно лицемерие господствующих классов. Эти законы не исцеляют болячек капитализма, а превращают их в особенно злокачественные, особенно тяжелые для угнетенных масс. Одно дело—свобода медицинской пропаганды и охрана азбучных демократических прав гражданина и гражданки. Другое дело—социальное учение неомальтузианства. Сознательные рабочие всегда будут вести самую беспощадную борьбу против попыток навязать это реакционное и трусливое учение самому передовому, самому сильному, наиболее готовому на великие преобразования классу современного общества».

Советское здравоохранение рассматривает противозачаточные меры главным образом как средство борьбы с абортами. Если легализация операции искусственного прерывания беременности является мощным ударом по так называемым подпольным абортам с их массовыми опасностями и осложнениями, то применение противозачаточных средств должно существенно уменьшить и легальный аборт. 12/XII 1923 г. отдел охматмлада НКЗдрава издал циркуляр, в котором предлагается давать женщинам советы по применению противозачаточных средств в консультациях для беременных и на гинекологических приемах в амбулаториях. Советские установки в области контрацептивов принципиально отличаются от неомальтузианства, в основе которого лежит пропаганда применения противозачаточных средств как средства контроля над рождаемостью и изживанием тем самым классовых противоречий современного строя. Само собой понятно, что инициатива в вопросе о применении противозачаточных средств должна исходить от врача в тех случаях, когда беременность и деторождение противопоказаны в силу болезненного состояния женщины, или в случаях, когда имеются достаточно обоснованные опасения за полноценность потомства.

Мы должны, рекомендовать обращающимся в амбулатории и консультации женщинам применять противозачаточные средства не только в тех случаях, когда беременность и роды противопоказаны в силу того или иного заболевания (болезни сердца, легких, почек и т. п.). Частые роды изнашивают женский организм. Особенно неблагоприятно отражается на женщине беременность в периоде кормления. Если мы считаем рациональным, чтобы между родами был промежуток не менее 2½—3 лет, в течение которых женщина отдыхает от беременности, родов и кормления, а рожденный ею ребенок успевает подрасти и окрепнуть, то само собой понятно, что мы обязаны научить женщину, каким образом наиболее безвредно предохранить себя от беременности.

Одной из функций консультаций для женщин гинекологических кабинетов в амбулаториях, роддомов и т. п. является подача советов по предупреждению от беременности (конечно наряду с широкой санитарно-просветительной работой по внедрению гигиенических сведений и навыков).

Не подлежит сомнению, что при сознательном отношении к деторождению может быть сохранено в большой степени здоровье трудящейся женщины и здоровье потомства и значительно снижена детская смертность.

Противозачаточными средствами (*contraceptiva*) называются средства или меры, направленные к предупреждению (недопущению) наступления беременности. Непременным условием для зачатия является, как известно, оплодотворение, т. е. соединение (слияние) мужской зародышевой клетки (сперматозоида) с женской половой клеткой (яйцом). Следовательно противозачаточные средства должны препятствовать соединению зародышевых клеток. Средства, предупреждающие беременность уже после момента оплодотворения, не могут считаться таким образом противозачаточными: как бы мало времени ни прошло от момента оплодотворения, предупреждение дальнейшего развития оплодотворенного яйца возможно лишь при помощи уничтожения последнего, т. е. раннего прерывания беременности.

Воспрепятствовать соединению сперматозоида с яйцеклеткой можно одним из следующих способов:

- 1) не допустить попадания эякулята (спермы) в половой канал женщины;
- 2) сделать половой канал женщины непроходимым на каком-нибудь участке;
- 3) прекратить овуляцию или сперматогенез;
- 4) изменить биологические свойства сперматозоидов, попавших в половой канал женщины, таким образом, что сперматозоиды не в состоянии будут оплодотворить яйцеклетку.

Все существующие противозачаточные средства делятся на следующие пять групп:

Первая группа—механические средства. В эту группу входят все средства, направленные к тому, чтобы воспрепятствовать соединению сперматозоида с яйцом. Эта цель может быть достигнута либо тем, что сперма при половом сношении вовсе не будет введена во влагалище, либо на пути продвижения сперматозоида по половому каналу женщины будет создано препятствие (барьер), либо сперматозоиды, попавшие во влагалище, будут удалены из последнего механическим путем.

Вторая группа—химические средства. К этой группе относятся средства, убивающие сперматозоиды, введенные во время полового сношения во влагалище. К этой группе можно отнести и средства, прижигающие слизистую оболочку матки.

Третья группа—хирургические методы. Эту группу средств правильнее было бы отнести к механическим средствам, так как они сводятся к тому, что механическим путем (при помощи операции) делаются непроходимыми для сперматозоидов на каком-нибудь участке либо женский половой канал либо семявыводящие пути у мужчины.

Четвертая группа—облучение яичников рентгеновскими лучами, имеющее целью выключить функцию фолликулярного аппарата яичников.

Пятая группа—биологические средства. В эту группу входят средства, либо направленные к образованию в организме женщины иммунных тел против сперматозоидов (спермотоксинов) или же воздействующие на процессы овуляции, развитие яйца и сперматогенез.

Как видно будет из дальнейшего изложения, нередко применяется комбинация нескольких противозачаточных средств. Обычно комбинируются механические и химические средства.

Противозачаточные средства должны удовлетворять ряду требований: 1) они должны быть безвредны для здоровья женщины и мужчины; 2) они должны быть действительны, т. е. отвечать своему назначению; 3) они должны быть доступны широким массам трудящихся по своей стоимости; 4) способы их применения должны быть по возможности просты, т. е. не связаны со сложными приготовлениями, манипуляциями и т. п.

I. МЕХАНИЧЕСКИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Механические способы предохранения от беременности могут быть применяемы как мужчиной, так и женщиной.

1. Механические средства, применяемые мужчиной

К средствам, применяемым мужчиной, относятся: а) мужской презерватив и б) прерванное сношение.

А. Мужской презерватив (предохранитель), или кондом, представляет собой мешочек, напоминающий резиновый напальчник. Презервативы изготовляются из тончайшей резины, из кишечной перепонки животных или из рыбьего пузыря. В настоящее время имеются в продаже почти исключительно резиновые презервативы. Перед сношением презерватив надевается на напряженный половой член. Эластический ободок, окаймляющий свободный край презерватива, обхватывает довольно плотно половой член, благодаря чему презерватив не может соскользнуть во время сношения. Слепой конец презерватива не должен быть туго натянут—должно быть оставлено свободное место для спермы (эякулята). Если презерватив приготовлен из доброкачественного материала, то он не имеет никаких пор и обычно не рвется во время сношения. Правильное одевание презерватива и может быть смазывание его вазелином (после того как он одет) в значительной степени гарантирует от разрыва во время сношения. Доброкачественный презерватив в ничтожной степени понижает половые ощущения при сношении и вполне гарантирует от зачатия. Пользование презервативом чрезвычайно просто. В то время

как действительность всех прочих противозачаточных средств обнаруживается лишь в случае наступления менструации, эффективность презерватива обнаруживается сейчас же после сношения: если после сношения презерватив цел, то это свидетельствует о том, что сперма безусловно не попала во влагалище, если же имеется изъём в презервативе, то можно сейчас же прибегнуть к одному из других противозачаточных средств для удаления из влагалища сперматозоидов или химического на них воздействия. Пользование презервативом предохраняет мужчину и женщину от заражения венерическими болезнями (главным образом гонореей). Презерватив может быть использован несколько раз, для чего его нужно после сношения промыть, высушить и припудрить тальком. Это значительно удешевляет пользование кондомом.

Мужской презерватив является наиболее целесообразным и наиболее гигиеническим противозачаточным средством.

Б. Прерванное сношение (coitus interruptus). Этот способ предохранения от беременности заключается в том, что мужчина перед самым моментом эякуляции извлекает половой член из влагалища—и таким образом последний момент сношения—выбрасывание семени—происходит вне женского полового канала. Прерванное сношение как способ предохранения от беременности чрезвычайно распространено. Это понятие: этот способ всегда доступен, не требует специальных приготовлений и в общем дает гарантию от беременности в не меньшей степени, чем остальные противозачаточные средства.

По вопросу о влиянии прерванного сношения на здоровье существует большая литература. Большинство авторов склонно считать прерванное сношение безусловно вредным как для женщины, так и для мужчины. Прерванное сношение нарушает естественный ход полового акта. Отлив крови от половых органов у мужчины, наступающий после нормального полового акта, несколько замедлен при coitus interruptus, что создает ощущение неполной удовлетворенности. При частом пользовании этим способом у мужчины может развиться по мнению ряда авторов более или менее выраженная картина неврастении. Особенно подвержены заболеванию мужчины, предрасположенные к нервным заболеваниям. На женщине прерванное сношение может также вредно отзываться вследствие того, что органы малого таза у женщины благодаря неполному удовлетворению и замедленному оттоку значительно дольше остаются в состоянии гиперемии. Под влиянием постоянного применения прерванного сношения в течение долгого времени могут появиться усиленные выделения из влагалища и шейки матки, чувство тяжести внизу живота, боли в крестце и в пояснице, общая нервность и т. п. Некоторые авторы склонны даже думать, что прерванное сношение может быть причиной смещений матки и способствовать развитию опухолей (фибромиом). Самое чувство половой неудовлетворенности может вызывать у женщины ряд расстройств со стороны нервно-психической системы, выражающихся в особых состояниях депрессии, в вазомоторных расстройствах.

Нельзя отрицать, что прерванное сношение, применяемое в течение длительного периода времени, может вредно влиять на здоровье мужчины и женщины. Нужно однако отметить, что прерванное сношение не на всех одинаково вредно действует. На мужчин оно действует в значительно меньшей степени, так как извержение семени, которым заканчивается нормальный половой акт, имеет место в каждом случае прерванного сношения. Если у женщины при прерванном сношении наступит

пает оргазм до извлечения из влагалища полового члена, то на нее прерванное сношение также не оказывает особенно вредного действия. Во всяком случае психическая и физическая травма в этом случае значительно меньше, чем при полном сношении, за которым непосредственно следует например такая нудная манипуляция, как влагалищное спринцевание. Между тем принято почему-то думать, что влагалищные спринцевания, производимые тотчас после сношения и грубо нарушающие естественную обстановку полового акта, не причиняют вреда организму женщины. В тех случаях, когда половая возбудимость у женщины вообще понижена, и оргазм у нее не наступает и при нормальном (непрерванном) сношении, прерванное сношение вряд ли может вредно отзываться на здоровье женщины. Таким образом при решении вопроса о влиянии прерванного сношения на здоровье необходимы индивидуальный подход и большая осторожность. Насколько разноречивы мнения о вреде прерванного сношения, можно судить по заключениям, вынесенным двумя авторитетными комиссиями по изучению способов предупреждения беременности. Московская комиссия при подотделе охматмлада Мосздравотдела (в ноябре 1923 г.) свое заключение о значении прерванного сношения сформулировала следующим образом: «совершенно не допускаются как вредные и опасные для здоровья следующие средства: а) *coitus interruptus*...

Ленинградская комиссия по тому же вопросу высказалась гораздо осторожнее и мягче: «вторая группа обнимает средства, которые хотя и не представляют прямой опасности для жизни, но при наличии предрасполагающих моментов могут представлять относительную опасность для здоровья женщины. Сюда относятся: *coitus interruptus* (прерванное сношение)...» Каков бы ни был взгляд на прерванное сношение в смысле влияния его на здоровье, нужно подчеркнуть, что этот способ предохранения от беременности не всегда гарантирует от последней, так как достаточно того, чтобы ничтожное количество спермы попало в половой канал женщины, а иногда даже только во вход, во влагалище, чтобы беременность наступила.

2. Механические средства, применяемые женщиной

А. Женские презервативы. Существует два типа женских презервативов (кондомов): тип «Грациелла» и тип, напоминающий мужской презерватив. Эти презервативы представляют собой резиновый мешочек, свободный край которого снабжен упругим кольцом; в презервативе «Грациелла» имеется плотный каркас, напоминающий кольцо Годжа, применяемое при *retro-versio-flexia uteri*. Мешок перед сношением вводится во влагалище, а кольцо устанавливается во входе, таким образом создается искусственное влагалище, в которое совершается половое сношение. Существуют различные номера женских презервативов. Эти презервативы в большей степени предохраняют от зачатия, но значительно понижают половые ощущения как у мужчин, так и у женщин, что значительно умаляет их достоинство.

Б. Пессарии (колпачки). Существуют три наиболее употребительных типа колпачков, применяемых женщиной: пессарий Мензинга, пессарий Мизпа и колпачок Кафки. Действие колпачков заключается в укрытии наружного маточного зева от семени.

Пессарий Мензинга представляет собой резиновый колпачок, край которого снабжен кольцом из упругой резины или стальным кольцом. Диаметр кольца колеблется между 40 и 70 мм (40, 45, 50, 55, 60, 65 и 70 мм), причем число миллиметров соответствует номеру кольца. Колпачок Мензинга не охватывает плотно шейки матки, а упирается своим упругим кольцом в стенки влагалища (своды), растягивая последние. Само собой понятно, что пессарий Мензинга должен быть точно подобран, причем должны быть учтены размер влагалища и особенно положение влагалищной части и размеры сводов. При недостаточной глубине переднего свода колпачок Мензинга не будет упираться в стенку влагалища, и следовательно применение его окажется недействительным. Колпачок должен быть подобран врачом, причем следует внимательно изучить положение и величину шейки, размеры сводов и прочие индивидуальные особенности каждого случая. Колпачок Мензинга одевается следующим образом: смазав колпачок вазелином или глицерином, нужно сжать кольцо и продвинуть его в глубину заднего свода, после чего колпачок пальцем ставится в поперечное положение по отношению к влагалищной трубке. Само собой разумеется, что колпачок должен быть совершенно стерильным, и руки должны быть тщательно вымыты. Колпачок Мензинга (как и все другие пессарии) не должен быть оставлен во влагалище на долгое время, так как он задерживает маточный (цервикальный) секрет и кроме того давит своим упругим кольцом на слизистую оболочку влагалища. Поэтому весьма полезно научить женщины самой пользоваться колпачком, подобранном врачом. При неглубоком влагалище или при низком стоянии шейки матки женщины сравнительно легко научаются технике одевания и снятия колпачка. После сношения (но отнюдь не сейчас же после него) рекомендуется проспринцеваться. Во всяком случае полезно спринцеваться перед и после снятия колпачка. Колпачок Мензинга особенно пригоден при атрофированной небольшой шейке или при наличии старых разрывов шейки, делающих невозможным пользование колпачками других типов (например колпачком Кафки). Правильнее, но к сожалению не всегда осуществимо, чтобы колпачок Мензинга (как и колпачок других видов) одевался и снимался врачом. Это особенно относится к одеванию колпачка, так как снимать его женщины научаются значительно легче. Не говоря о том, что врач одевает колпачок чище и без травмы, участие врача имеет ту выгодную сторону, что он имеет возможность каждый раз контролировать состояние шейки и влагалища. Применение колпачка Мензинга (как и всех прочих видов) безусловно противопоказано при эрозиях, гнойных выделениях и вообще при воспалительных заболеваниях половых органов.

Некоторыми авторами усиленно рекомендуется комбинировать применение колпачков с некоторыми химическими средствами (см. ниже). Рекомендуется например класть в колпачок перед одеванием ту или иную противозачаточную пасту (преконсоль и т. п.). Паста лучше укрывает собой наружный маточный зев и кроме того убивает сперматозоиды, попавшие случайно за колпачок.

Колпачок Мизпа в общем напоминает пессарий Мензинга. Он состоит из собственно колпачка, сделанного из тонкой резины, и толстого края, наполненного (наподобие маточных колец) воздухом. Диаметр кольца равен 40, 45, 50, 55, 60 и 65 мм. В отличие от колпачков Мензинга шапочки Мизпа одеваются на шейку. Само

собой разумеется, что колпачок должен быть подобран по возможности точно по размеру влагалищной части шейки. Применение колпачков Мизпа возможно и рационально лишь в том случае, когда влагалищная часть достаточно длинна; положение шейки при этом особого значения не имеет. Ввиду того что редко удается подобрать колпачок совершенно точно, рекомендуется пользоваться им в комбинации с пастой. Колпачки Мизпа вводятся так же, как и пессарии Мензинга. Самостоятельное введение и извлечение колпачков Мизпа для женщины значительно легче, что делает их, с одной стороны, более доступными и удобными, а с другой стороны, дает возможность не оставлять их надолго во влагалище. Колпачки Мизпа женщины обычно сами вводят перед сношением. Не рекомендуется снимать колпачок тотчас же после сношения. Перед извлечением колпачка рекомендуется проспринцеваться каким-нибудь слабым дезинфицирующим раствором. Правильное пользование колпачком Мизпа и особенно комбинирование его с противозачаточными пастами дает довольно благоприятные результаты и вполне доступно для широких слоев населения.

Колпачки типа Кафки, получившие в последнее время довольно широкое распространение, значительно отличаются от колпачков Мензинга и Мизпа. Колпачки Кафки одеваются на влагалищную часть и совершенно не упираются своим краем в стенку влагалища. Они сделаны из алюминия, серебра или золота, кости или из вулканизированного каучука. Полный набор состоит из 24 номеров, различающихся между собой на 1 мм. Наиболее употребительны номера от 7 до 11. Колпачок Кафки должен быть подобран точно по шейке, что нетрудно сделать, имея под рукой набор колпачков. Слишком малый колпачок не держится на шейке, а слишком свободный оставляет между шейкой и колпачком пространство, через которое могут проникнуть сперматозоиды. Колпачок Кафки вводится следующим образом: колпачок одевается на указательный палец, как наперсток, и доводится таким образом (обратной стороной) до заднего свода, после чего поворачивается вогнутостью к наружному зеву; благодаря образуемому разреженному пространству колпачок тотчас насыщается на шейку, после чего палец контролирует, хорошо ли сидит колпачок. Ввиду того что влагалище представляет собой не полую трубку, а щель, по которой сперматозоиды продвигаются наподобие того, как жидкость поднимается по капиллярным трубкам, совершенно безразлично, каково направление шейки матки. Важно лишь, чтобы колпачок соответствовал размеру шейки. Женщина значительно труднее научается самостоятельному пользованию колпачком Кафки, а для многих это совершенно недоступно, поэтому колпачки Кафки обычно одеваются на более длительный срок врачом. В этом заключается основной недостаток колпачка Кафки. Длительное ношение колпачка задерживает свободный сток выделений, изменяет влагалищный секрет в сторону увеличения содержания в нем лейкоцитов и кокковых форм; кроме того хорошо подобранный колпачок может травмировать слизистую оболочку влагалищной части. Совершенно неправильно поэтому оставлять колпачок на целый менструальный период. Если женщина не умеет самостоятельно пользоваться колпачком (одевать и снимать) и должна для этого прибегать к помощи врача, то больше 7 дней оставлять колпачок не следует. Перед снятием колпачка следует основательно проспринцевать влагалище каким-нибудь дезинфицирующим раствором. Каждый

раз при одевании колпачка следует осматривать шейку при помощи зеркала. На эктопированную шейку или при наличии усиленных выделений, особенно гнойных, одевать колпачок Кафки нельзя. Не имеет смысла одевать колпачок Кафки на шейку, на которой имеются значительные разрывы, или на слишком короткую шейку. Колпачок Кафки также весьма целесообразно перед одеванием смазывать изнутри противозачаточной пастой.

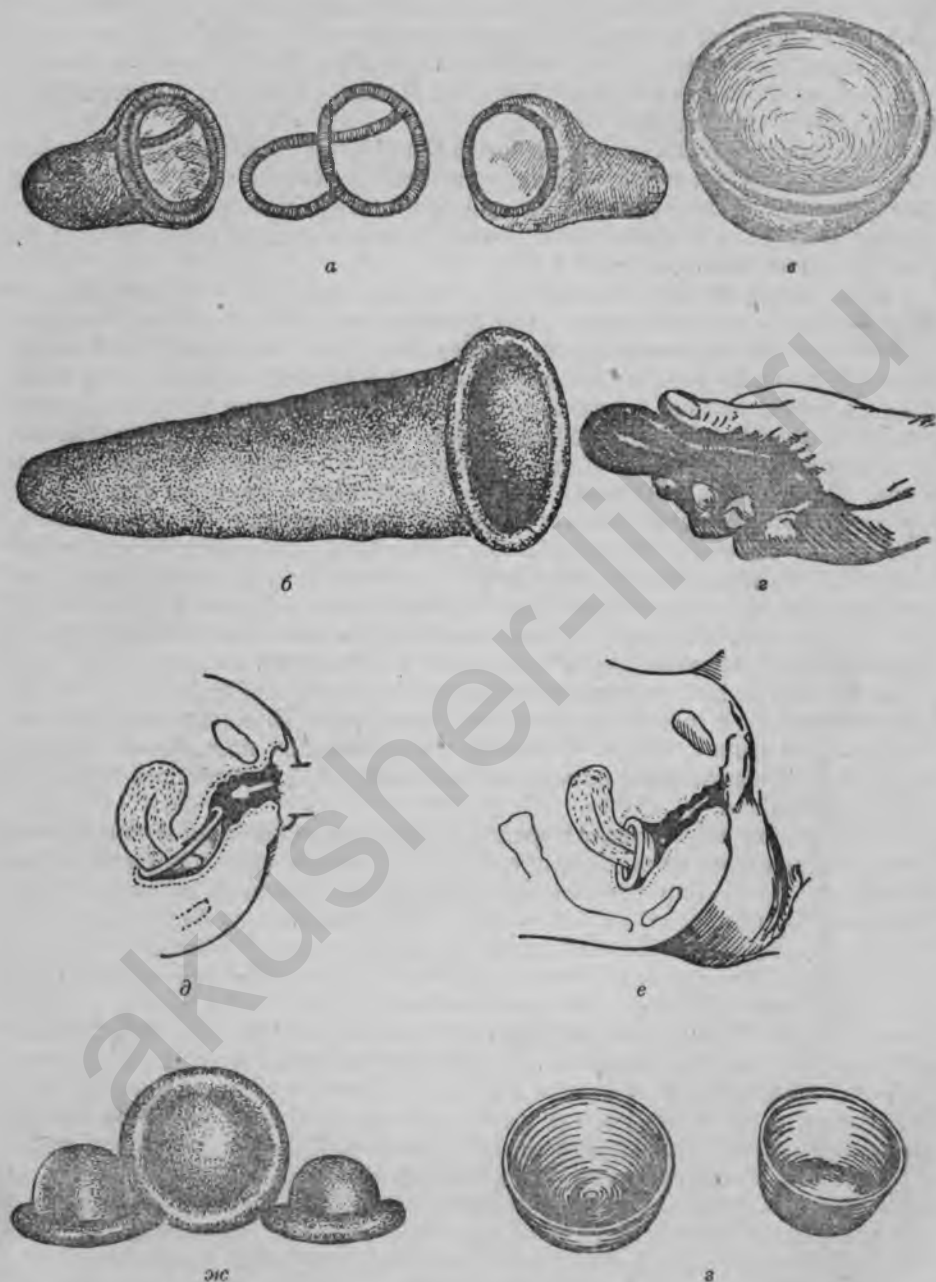
Пользование колпачками любого типа требует постоянного контроля со стороны врача; пользование колпачками Кафки требует наиболее тщательного наблюдения. Само собой понятно, что колпачок следует снимать перед менструацией и позволительно одевать лишь через 2—3 дня по окончании последней.

Повседневный опыт показывает, что колпачки при правильном назначении и пользовании ими дают сравнительно благоприятные результаты в смысле предохранения от беременности. Неудачи в большинстве случаев являются следствием каких-нибудь отступлений от правил. Тем не менее нельзя сказать, чтобы колпачки вполне разрешали проблему предохранения от беременности. На многих женщин пользование колпачками—манипуляции, связанные с этим,—действует угнетающе. Нужно однако сказать, что по сравнению с другими средствами, применяемыми женщинами, и особенно по сравнению со спринцеваниями, производимыми тотчас же после сношения, пользование колпачками является наиболее рациональным и доступным средством. При обучении женщины самостоятельному пользованию колпачками важно научить ее находить шейку матки, что к сожалению не всегда удается. Далее имеет значение научить женщину соблюдать элементарные правила асептики, как например манипулировать совершенно чисто вымытыми руками с коротко остриженными ногтями. Наконец следует разъяснить женщинам, самостоятельно пользующимся колпачком, необходимость систематически показываться врачу-специалисту для проверки своего здоровья.

В. К числу механических средств, вводимых женщиной во влагалище с целью предохранения от беременности, относятся еще губки и тампоны. Ввиду того что они обычно пропитываются теми или иными химическими веществами, мы на них остановимся более подробно ниже, когда будем говорить о химических предохранительных средствах.

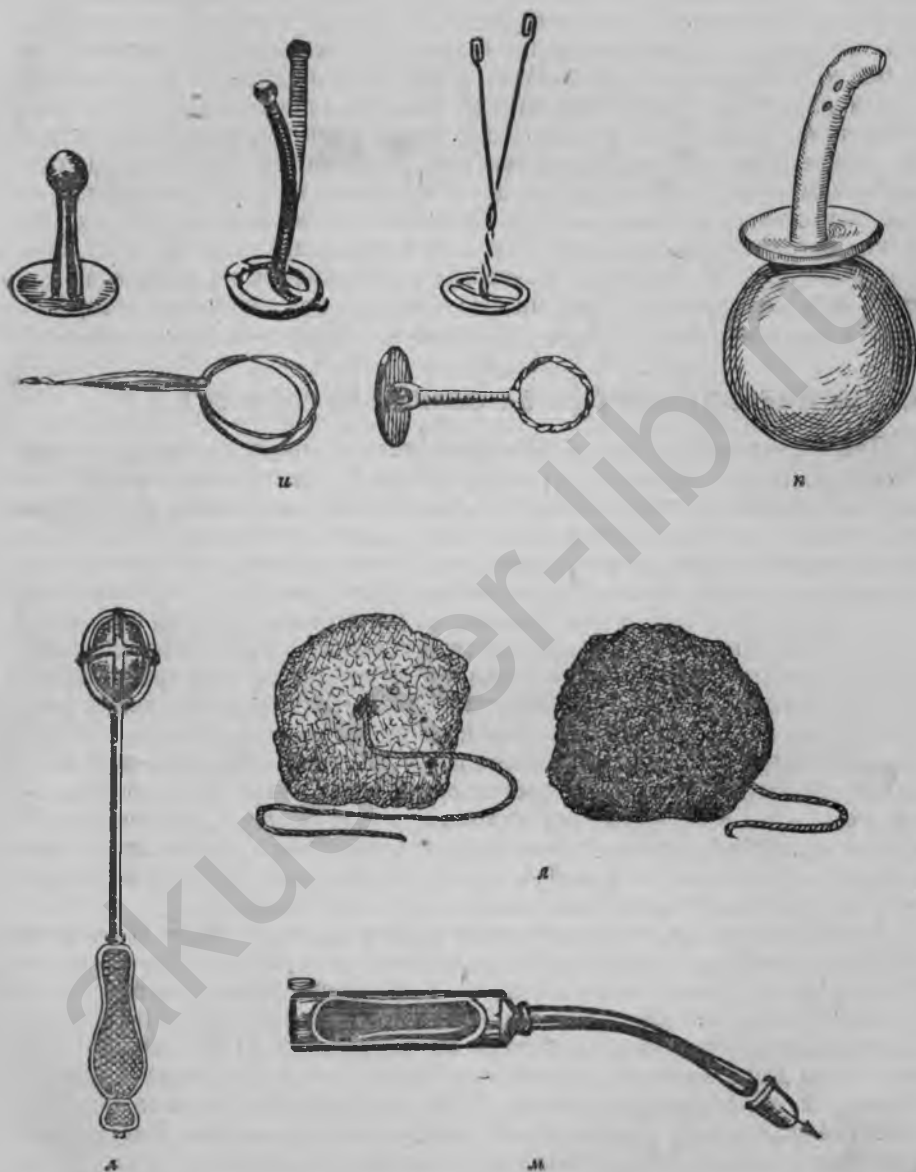
Г. В качестве предохранительных приспособлений, вводимых в матку с целью предохранения от беременности, нередко применяются различные **внутриматочные предохранители**. Наиболее распространенным из них является предохранитель в виде грибка, изготовляемого из кости или неокисляющегося металла (золота, серебра и т. п.). Кроме грибков применяются еще ряд других внутриматочных и даже внутриматочных приспособлений, основной составной частью которых являются петли или розетки из силкворма. Не говоря о том, что все эти средства не гарантируют безусловно от беременности, нужно со всей категоричностью подчеркнуть вред, наносимый ими здоровью женщины. Бесплодие достигается здесь ценой травматизации и воспаления слизистой оболочки. Грибки кроме того, закупоривая выход из матки, задерживают в ней секрет, который является наилучшей средой для развития болезнетворных микробов.

В результате применения внутриматочных предохранителей обычно развиваются типичные воспалительные изменения слизистой оболочки



а—женский кондом типа Грациелла; б—женский кондом, напоминающий мужской презерватив; в—пессарий Мензинга; г—введение колпачка Мензинга; д—неправильное положение колпачка Мензинга; е—правильное положение pessария Мензинга; жс—пессарий Мизпа; з—колпачки Кафки.

Таблица II. Различные виды контрацептивов



и—различные виды предохранительных приспособлений, вводимых в канал шейки матки; к—баллон («Идеал») для спринцевания влагалища с противозачаточной целью; л—губки и тампоны; м—аппарат для введения пасты прекоксоль.

матки, степень которых зависит от срока, в течение которого предохранитель находился в матке, от состояния слизистой оболочки матки до применения внутриматочных приспособлений и от вирулентности микробов. Не подлежит сомнению, что инфекция, развившаяся в результате применения внутриматочных пессариев, может принимать восходящее течение, вызывая воспаление труб и тазовой брюшины. В результате серьезно расстраивается здоровье женщины. Нередко наблюдается расстройство менструаций (менорагии, дисменорея, неправильные менструации), бели, ноющие боли внизу живота и в пояснице и т. д. На почве патологических изменений, вызванных внутриматочными пессариями, нарушается детородная функция в виде самопроизвольных выкидышей и даже полного бесплодия. Известны случаи сепсиса, развившегося от применения внутриматочных предохранителей. Самой собой понятно, что внутриматочные предохранители не только не должны быть назначаемы врачами, но следует всячески предостеречь женщин от пользования ими, указывая на опасность бесплодия и т. д.

II. ХИМИЧЕСКИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Действие химических противозачаточных средств основано на свойстве этих средств убивать сперматозоидов или делать их неподвижными. Сперматозонды являются довольно нестойкими клетками, способными существовать в определенных условиях среды. Оптимальными условиями для них являются температура в 35° или температура тела и слабощелочная реакция среды. Кислая или сильно щелочная реакция среды довольно быстро убивает семянные нити. Гипотонические или гипертонические растворы также довольно быстро убивают сперму. Дистиллированная и обыкновенная вода уже через 40 секунд останавливает движения сперматозоидов. Целый ряд химических веществ (например сулема в разведении 1 : 1 000 или раствор обыкновенного уксуса) быстро, через несколько секунд убивает сперматозоидов. Вполне естественна поэтому мысль об использовании химических средств для целей предохранения от беременности. Химические противозачаточные средства можно вводить во влагалище либо при помощи спринцеваний либо в виде влагалищных шариков, паст, порошков, таблеток и т. п. Средства эти можно вводить еще при помощи губок и тампонов.

Влагалищные спринцевания преследуют двоякую цель: 1) механическое вымывание спермы и 2) химическое воздействие на сперматозоидов. Промывая влагалище, можно механически удалить сперму. Самой собой понятно, что для этого необходимо достаточное количество жидкости, которая должна поступать во влагалище под давлением, достаточным для того, чтобы проникнуть в глубину сводов и во все складки слизистой оболочки влагалища. Для спринцевания можно воспользоваться обыкновенной эсмарховской кружкой с наконечником или имеющимся в продаже резиновым баллоном с толстым наконечником. Пользование кружкой несомненно гигиеничнее, ибо ее можно содержать в полной чистоте, в то время как резиновый баллон чистится с трудом. Резиновый баллон имеет однако и весьма существенное преимущество перед кружкой—он значительно портативнее. Чем бы ни спринцеваться из кружки или из баллона, необходимо, чтобы струя промывной жидкости была сильной, для чего следует высоко подвешивать кружку или сильно сжимать резиновую грушу баллона. В отличие от лечебных сприн-

цеваний имеет смысл производить спринцевание в сидячем или даже в стоячем положении—таким образом обеспечивается лучший отток жидкости из влагалища и кроме того нет нужды в специальном подкладном судне (биде). Уже одна чистая вода без всяких примесей не только механически удаляет сперму, но является, как мы уже говорили, и химическим ядом для сперматозоидов. Однако для усиления противозачаточного действия спринцеваний полезно прибавлять к воде какое-нибудь химическое вещество, как например раствор марганцовокислого калия, молочную кислоту (две чайных ложки на кружку в 5—6 стаканов), обыкновенную уксусную кислоту (2—4 чайных ложки на кружку) и т. п. Быстро убивает сперматозоидов сулема, но частое применение ее следует категорически запретить, ибо при этом может развиться картина хронического ртутного отравления и бели (кольпит).

Безусловно вредны спринцевания холодной водой.

Спринцевания влагалища растворами химических веществ являются довольно действительным противозачаточным средством при соблюдении неперменного условия спринцеваться тотчас же после сношения. Сперматозоиды передвигаются довольно быстро (по Генле—3,6 мм в минуту) и через несколько минут после сношения могут уже очутиться в цервикальном канале, куда промывная жидкость обычно не может проникнуть.

Итак влагалищные спринцевания с целью предохранения от беременности являются довольно надежным средством при соблюдении следующих условий: 1) вода (или раствор) должна быть теплой (не холоднее 28—30°), 2) струя должна быть сильной, 3) количество промывной жидкости—не менее 6—8 стаканов, 4) спринцеваться нужно в течение не менее 3—5 минут и 5) спринцевание нужно делать тотчас же после сношения. Влагалищные спринцевания имеют при всех своих достоинствах и крупный недостаток—они слишком громоздки и требуют сравнительно сложных приготовлений, а необходимость спринцеваться тотчас после сношения грубо нарушает естественное течение полового акта как в физическом, так и в психическом отношении. На женщин впечатлительных и нервных процедура спринцевания после сношения действует угнетающе. Нередко спринцевания невыполнимы и в силу ряда бытовых условий. Спринцевания могут оказаться недействительными при слишком низком стоянии шейки или при зиянии наружного зева (напр. при наличии старых разрывов шейки); сперматозоиды могут попасть в цервикальный канал до того, как женщина успеет сделать себе спринцевание. В этих случаях рекомендуется комбинировать спринцевания с введением до сношения противозачаточных шариков, пасты, губок или тампонов, смоченных тем или иным химическим веществом.

Противозачаточные химические вещества, убивающие сперматозоидов, можно вводить во влагалище в виде специальных шариков. Шарик лучше всего делать на какаоовом масле, которое легко расплавляется при температуре более низкой, чем температура тела, и само по себе обладает свойством останавливать подвижность сперматозоидов. Шарик, введенный во влагалище, расходится не раньше чем через 10 минут. Шарик, расплавляясь во влагалище, кроме химического действия имеют до некоторой степени и механическое значение—их масса обволакивает шейку и вообще выполняет капиллярные щели, которые представляют собой влагалищная трубка и своды. В состав

шарика обычно входят хинин, борная кислота, тимол, сулема, субламин и т. п.

Наиболее употребительны следующие прописи:

Rp. Chin. muriatici	0,2	Rp. Chin. muriatici	
Hydr. subl. corros.	0,005	Ac. borici aa	0,3
But. Cacao q. s. ut f. glob. vag.		Ac. thym.	0,06
		But. cacao q. s. ut. f.	
		glob. vag.	
Rp. Chin. muriatici	0,2		
Ac. borici	0,3		
Ac. salicyl.	0,15		
But. cacao q. s. ut f. glob. vag.			

Некоторые женщины страдают идиосинক্রазией к хинину—в таких случаях его нельзя конечно назначать. Не рекомендуется назначать шарики с сулемой для длительного употребления, так как сулема, как уже сказано выше, может, всасываясь, вызывать типичные явления ртутного отравления. Шарик понижает нормальное половое ощущение, что относится к невыгодным сторонам этого средства. Кроме того расплавленная масса шарика довольно трудно вымывается из влагалища. У некоторых женщин шарики вызывают раздражение слизистой оболочки влагалища и зуд в области вульвы. Противозачаточные шарики нельзя считать вполне надежным средством. Нужно впрочем сказать, что в большом числе случаев неудача зависит от неумелого пользования ими: либо сношение происходит раньше срока, необходимого для того, чтобы шарик расплавился, либо шарик плохо тает во влагалище от того, что слишком много времени прошло от момента его изготовления. Нерационально назначать шарики при резкой *retroversio uteri*, когда влагалищная часть обращена вперед.

Действие шариков можно усилить при помощи спринцеваний, производимых тотчас после сношений.

В последние годы получили довольно широкое распространение противозачаточные пасты (мази), вводимые во влагалище перед сношением. Примером таких паст является паста Прекоксоль, главными составными частями которой являются хинин и хинозол. Преимущество Прекоксоль (и вообще паст) заключается в том, что он в отличие от шариков вводится во влагалище уже в полужидком состоянии. Паста лучше шариков распределяется во влагалище и в сводах и лучше окутывает влагалищную часть шейки матки. Паста Прекоксоль продается в специальных трубочках, снабженных с одной стороны ключом, а с другой—нарезкой, на которую навинчивается специальный наконечник, вводимый во влагалище; поворотом ключа определенное количество пасты нагнетается во влагалище. Наконечник следует вводить по возможности глубже в лежачем на спине положении. Каждая коробочка Прекоксоль снабжается довольно подробной инструкцией, как пользоваться пастой. Паста по наблюдениям некоторых авторов дает довольно хорошие результаты (число неудач равно 3%). К числу недостатков относится: маркость (пачкается белье), некоторое понижение полового ощущения и необходимость манипулирования перед самым сношением наконечником в глубине влагалища.

У некоторых женщин Прекоксоль вызывает жжение в области вульвы; иногда Прекоксоль раздражает кожу мужского полового члена.

Многими авторами рекомендуется пользоваться преко́нсомем в комбинации с колпачками, что несомненно дает большую гарантию успеха.

Химические противозачаточные средства можно вводить во влагалище в виде таблеток, лепешек или порошков. Действие этих средств ненадежно. В продаже имеются желатиновые цилиндры, в состав которых входят те же вещества, из которых состоит преко́нсьоль, с той лишь разницей, что основная масса их состоит из желатины или глицерина. Эти цилиндры имеют все достоинства пасты или шариков и лишены некоторых их недостатков; они не пачкают белья, не требуют последующего спринцевания, быстро (в течение 3—4 минут) растворяются. Желатиновые противозачаточные цилиндры известны под названием «контрацептина».

В 1931 г. д-ром Дубинчиком предложено противозачаточное средство, названное им биолактин. Биолактин представляет собой густую сливкообразную жидкость, приготовляемую заквашиванием молока культурой болгарской палочки слизистой расы. Под влиянием палочки в молоке образуется в довольно большой концентрации молочная кислота. В этой кислоте сперматозоиды человека моментально и навсегда теряют свою подвижность. Для введения биолактоина во влагалище Дубинчиком сконструирован специальный прибор.

Биолактин по свидетельству автора имеет кроме противозачаточного действия еще и лечебное значение, способствуя биологическим путем самоочищению влагалища.

Губки. Применение губок и тампонов с противозачаточной целью заключается в следующем. Губка или обыкновенный ватный тампон хорошо смачивается раствором борной, молочной или уксусной кислоты (концентрация раствора—как для спринцеваний) и перед сношением вводится в глубину влагалища.

Действие губок заключается в механическом преграждении для сперматозоидов доступа к наружному маточному зеву и в химическом воздействии на семенные нити.

Тотчас после сношения губка или тампон извлекаются из влагалища за прикрепленную к ним нитку. Весьма полезно после извлечения губки или тампона проспринцеваться.

Применение губок довольно просто, безвредно, вполне доступно для широких слоев населения и довольно надежно (в особенности в комбинации со спринцеванием). Ватный тампон менее надежен, так как вата, смоченная жидкостью, быстро скатывается, отчего объем тампона сразу значительно уменьшается. Невыгодная сторона пользования губками заключается в том, что губки довольно трудно содержать в надлежащей чистоте. Лучше всего после каждого сношения (конечно не тотчас после сношения) губку тщательно промыть, выварить и высушить.

К числу химических противозачаточных средств относятся еще внутриматочные впрыскивания и смазывания йодом, заключающиеся в том, что в полость матки вводится при помощи шприца Брауна йодная настойка либо полость матки протирается йодной настойкой при помощи марли, намотанной на плейферовский зонд. Эти внутриматочные манипуляции производятся обычно один или два раза на протяжении менструального цикла. Действие маточных впрыскиваний и смазываний основано на прижигании слизистой оболочки матки, препятствующем прикреплению оплодотворенного яйца. По существу своего действия внутриматочные смазывания и впрыскивания являются таким об-

разом средством не противозачаточным, а абортивным, так как действие их в сущности сводится к раннему прерыванию беременности. Внутриматочные смазывания и впрыскивания принадлежат к числу наиболее вредных и наиболее опасных средств, предохраняющих от беременности, и в настоящее время запрещены к употреблению.

III. ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ПРЕДОХРАНЕНИЯ ОТ БЕРЕМЕННОСТИ

Хирургическим путем можно сделать бесплодным (стерильным) либо женщину либо мужчину.

1. Стерилизация женщины

Обеспложивание женщины хирургическим путем сводится к тому, что при помощи брюшностеночного или влагалищного чревосечения иссекается часть фаллопиевой трубы. Таким образом достигается полное бесплодие, так как совершенно исключается возможность соединения сперматозоида с яйцом. Одно время применялось с целью стерилизации удаление яичников, т. е. кастрация. В настоящее время удаление яичников исключительно с целью стерилизации никем не производится, ибо яичники, как известно, являются одними из важнейших желез с внутренней секрецией, выключение которых в цветущем возрасте пагубно отражается на здоровье женщины.

Операцию стерилизации женщины допустимо производить лишь в исключительных случаях. Большей частью эта операция производится лишь во время чревосечения, производимого по какому-либо другому поводу. Так например при некоторых операциях по поводу выпадения матки у женщин, имеющих больше двух детей, целесообразно произвести стерилизацию. Можно например сделать стерилизацию во время повторного кесарского сечения по поводу узкого таза и т. п. Производить стерилизацию только лишь с целью предохранения от беременности по бытовым (социальным) показаниям или даже по показаниям исключительно медицинским, как например сифилис, порок сердца, эпилепсия и т. п., следует с чрезвычайной осторожностью, привлекая к решению этого вопроса других специалистов (терапевтов, невропатологов и др.). Опыт показывает, что условия жизни могут измениться, а течение болезни может приобрести настолько благоприятный характер, что женщине можно с полным спокойствием разрешить беременность. Нужно еще помнить, что операция стерилизации, как всякое чревосечение и вообще оперативное пособие, сама по себе может вредно отразиться на здоровье женщины. Поэтому следует весьма вдумчиво и осторожно относиться к вопросу о хирургической стерилизации, не всегда считаясь с желанием и нередко с настойчивыми просьбами женщины. Нужно использовать все свое влияние и авторитет, чтобы разъяснить женщине всю серьезность оперативного вмешательства вообще и в частности—серьезность и возможные последствия операции стерилизации. Ввиду того что резекция труб вызывает бесплодие неправильное, рядом авторов предложено производить в подходящих случаях операцию временной стерилизации. Эти операции сводятся к тому, что либо фимбриальный конец трубы помещается ретроперитонеально либо яичник помещается в искусственно образованный из брюшины

замкнутый мешок (операция Вельде). Для того чтобы после подобной операции возможно было зачатие, женщина должна вторично подвергнуться чревосечению для освобождения трубы или яичника. Вельде в одном случае наблюдал беременность вскоре после повторной операции, произведенной с целью освобождения яичника из брюшинного мешка. Таким образом женщина, идя на операцию временной стерилизации, дважды подвергается риску чревосечения, причем повторная операция не всегда может с полной гарантией восстановить детородную функцию.

Показанием для временной стерилизации могут служить болезни, являющиеся тяжелым осложнением беременности, но в то же время могущие дать значительное улучшение или даже быть вполне излеченными; особенно это касается болезней сердца и туберкулеза легких.

2. Стерилизация мужчины

Стерилизация мужчины хирургическим путем состоит в перевязке семенного протока. В настоящее время эта операция производится лишь с целью так называемого омоложения (по Штейнаху). Нецелесообразно производить стерилизацию мужчины при помощи рентгеновского облучения яичек, так как лучи не только прекращают сперматогенез, но влияют губительно и на внутрисекреторные клетки мужской половой железы.

IV. СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЛУЧАМИ РЕНТГЕНА

Стерилизация женщины лучами Рентгена основана на свойстве рентгеновских лучей убивать фолликулярный эпителий. В зависимости от дозы можно получить стойкое или временное бесплодие (resp. аменорею). Однако возможность точной дозировки рентгеновских лучей в настоящее время весьма затруднительна, не говоря уже о том, что действие лучей зависит не только от интенсивности последних, но и от многих особенностей организма в каждом отдельном случае. Таким образом предполагаемая временная стерилизация может иногда превратиться в стойкую кастрацию; с другой стороны, трудно учесть точно момент прекращения действия облучения, вследствие чего может наступить беременность до восстановления менструальной функции. Недостаточно изучено еще влияние рентгеновских лучей на яйцеклетку в случаях временной стерилизации; имеется много экспериментальных данных, заставляющих сомневаться в полноценности детей, рожденных женщинами, яичники которых подвергались до зачатия действию рентгеновских лучей. Вообще вопрос о влиянии рентгеновских лучей на яичники (resp. яйцеклетку) и на потомство, зачатое после облучения, является в настоящее время спорным и подвергается оживленному обсуждению в литературе. Во время как одни авторы высказываются за допустимость временной стерилизации женщин в детородном возрасте, другие столь же категорически высказываются в противоположном смысле. Таким образом применение лучей Рентгена исключительно с целью стерилизации нельзя считать в настоящее время безопасным методом для женщины; во всяком случае вопрос этот нуждается в дальнейшей проработке. Центральная комиссия по изучению противозачаточных средств с участием специалистов-рентгенологов категорически высказалась против этого метода предохранения от беременности.

У. БИОЛОГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН

Весьма заманчивой представляется мысль о так называемой биологической стерилизации женщины, т. е. об активной иммунизации женщины против сперматозоидов (образовании в ее организме спермотоксина). Ряду авторов удавалось получать более или менее продолжительное бесплодие у экспериментальных животных при помощи введения им под кожу эмульсии из сперматозоидов. Имеются данные о возможности получения таким путем бесплодия и у женщин. Однако этот метод стерилизации—надежность и безвредность его для здоровья женщины—не вышел еще из стадии изучения, и пока еще нельзя считать его приемлемым для практических целей.

В литературе имеется много работ по вопросу о стерилизации при помощи парентерального введения целого ряда гормонсодержащих веществ. Хаберландтом был впервые введен термин «гормональной стерилизации». Он пересаживал крольчихам яичники беременных самок, исходя из того факта, что в яичниках беременных самок прекращается овуляция в течение беременности. Животные действительно оставались бесплодными в течение 3 месяцев. Хаберландт приписывал это действию желтого тела. Для практического использования полученных результатов Хаберландт советовал в целях стерилизации женщин впрыскивать им экстракты из яичников беременных животных. Фельнер вводил с той же целью *feminin*. Ковач и Тейнарт пытались вызывать у самок временную стерилизацию при помощи имплантации половых желез самцов. Фогт, Крупенников и др. вводили под кожу инсулин, причем могли констатировать, что в течение впрыскиваний и некоторое время после них задерживаются развитие и созревание граафовых фолликулов с пышным развитием желтых тел по типу истинного желтого тела. В последнее время Мандельштам и Чайковский получили экспериментально временное бесплодие, вводя под кожу пролан. Почти все исследователи при гистологическом изучении яичников экспериментальных животных находили дегенеративные изменения в фолликулярном аппарате с более или менее выраженным повреждением яйцевых клеток. Таким образом «гормональная стерилизация» в опытах над животными достигается ценой повреждения яичниковой ткани, что является в настоящее время достаточным противопоказанием к перенесению этих опытов в практику. Самый вопрос о специфичности действия вводимых гормонсодержащих веществ может и должен быть подвергнут сомнению и во всяком случае дальнейшему изучению, так как известно, что не только гормоны, но и другие вещества, вводимые парентерально в организм, как например протеины, растворы солей и т. д., могут вызывать временную стерилизацию животных и морфологические изменения, идентичные вышеупомянутым. Брауде и Шварцман например получали при помощи парентерально вводимого йода резкие дегенеративные изменения в фолликулярном аппарате яичников.

Попытка некоторых авторов установить особые оптимальные в смысле возможности зачатия отрезки менструального цикла следует считать несостоятельными, так как до сих пор трудно с точностью определить момент овуляции и срок, в течение которого яйцеклетка, выпавшая из лопнувшего фолликула, сохраняет свою жизнеспособность. С другой стороны, известно, что сперматозоиды, попавшие в фаллопиеву трубу задолго до овуляции, могут там оставаться в течение долгого

срока и оплодотворить попавшую в трубу яйцеклетку. В настоящее время в общем нет ни одного средства, которое было бы абсолютно безвредным и абсолютно надежным.

От опытности и вдумчивости врача зависит правильный выбор того или иного противозачаточного средства. Врач должен учитывать индивидуальные особенности полового аппарата женщины, обращающейся за советом, и реальные бытовые условия, в которых она живет. Многие зависят и от сознательного отношения к вопросу о применении противозачаточных средств самих женщин и в неменьшей степени—мужчин. Во всяком случае неудобства, связанные с применением противозачаточных средств, должны разделяться и мужчиной. Женщина должна время от времени отдыхать от преимущественного предохранения от беременности, возлагая эту обязанность на мужчину.

В целях правильной постановки дела в профилактических кабинетах консультаций последние на каждую обращающуюся в кабинет женщину заводят специальный лист, пример которого, выработанный Московским областным научно-исследовательским институтом охраны материнства и младенчества, мы приводим ниже.

Литература

А. Губарев и С. Селицкий, Противозачаточные средства в современном научном освещении. Госмедизд., 1930.—Краткое руководство для врачей по применению противозачаточных средств. Госмедизд., 1929.—Сборники I—XI «Новые данные в области противозачаточных средств» 1926—1931 гг.—С. Рафалькес, Является ли женщина единственным активным элементом в деле применения противозачаточных средств. Вр. дело, 1929. 10.—Ряд статей в периодических медицинских журналах, главным образом в журн. «Гин. и акуш.», «Журн. акуш. и женск. болезней».

Лист профилактического кабинета

№

193..... г..... мес..... число

1. Фамилия..... 2. Имя, отчество

Патронаж: 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....

Жалобы

Диагноз

Анамнез

3. **Время появления половой зрелости**..... грудн. желез, появл. волос.

4. Течение менструации: начало..... лет, установились: сразу, череа..... лет, с болью до, во время, после, без боли, слабо, умеренно, обильно, со сгустками, тип. $\frac{\text{дней}}{\text{через}}$

После замужества: слабее, умеренно, обильнее, также с болью до, во время, после, без боли, со сгустками, тип. $\frac{\text{дней}}{\text{через}}$

После родов: слабее, умеренно, обильнее, также с болью до, во время, после, без боли, со сгустками, тип. $\frac{\text{дней}}{\text{через}}$

После аборта: слабее, умеренно, обильно, также с болью до, во время, после, без боли, со сгустками, тип. $\frac{\text{дней}}{\text{через}}$

В связи с профессиональной работой

Во время кормления грудью

5. **Побочные явления во время менструации:** тошнота, рвота, понос, головная боль, нервность, слабость, запоры, метеоризм.....

6. **Последние менструации:** начало..... конец.....
Сношения после последних кровей да..... нет..... с предохран., без

7. **Кровотечение:** есть, нет, характер и причина

8. **Бели:** есть, нет, разъедающие, неразъедающие, обильные, необильные, белые, зеленые, желтые, сукровичные, с зудом, с запахом, без запаха, когда появились

В связи с чем появились

Влияние профессии

9. **Боли:** есть, нет, в пояснице, внизу живота, паху, левом, правом, характер

10. **Онализм:** в детстве, подростком, в зрелом возрасте

11. **Здоровье мужа:** здоров, гонорея, сифилис, туберкулез, импотент.....

12. **Половая жизнь:** с..... лет.

13. **Половое чувство:** нормально, понижено, повышено, отсутствует, безразлично, неприятно, болезненно: снаружи, внутри.....

14. **Удовлетворение:** получает, не получает, почему не получает

15. После сношения: слабость, боль, бодрость, бели
16. Противозачаточные средства: да, нет. Незакон. сношен.....
 результат..... мужск. през., результат
 женск.: шарики результат, спринцевания
 результат, смазывания иодом.....
 женские механические средства..... результат
17. Что заставляло предохраняться: матер. условия, нежелание иметь детей, кварт. условия, болезнь (какая и чья)
18. Венерич. заболев., Кем установлено
- источник заболевания время заболевания
- сифилис, гонорея.....
19. Беремен..... Родов.....
 Посл. роды..... Послеродовой период.....
 Искусств. выкид..... Посл. выкидыш.....
 Самопр. выкид..... Последн..... Кормит..... да..... нет

Настоящее состояние

1. Костная система
2. Органы кровообращения
3. Органы дыхания
4. Органы пищеварения
5. Печень, селезенка
6. Нервная система
7. Эндокринные железы и лимфатич. система
8. Наружное отверстие мочеиспускат. канала
9. Наружн. полов. орг., окраска слизист. входа
10. Промежность: нормальн., высокая, низкая, цела, рваная, степень разрыва
11. Влагалище: норм., длин., короткое; широкое; уплощ. свода: заднего, переднего, прав., левого, опущение стенок, передн., задн. выпадение
12. Шейка: нормальная, коническая, субконич., цилиндрич., малая, рваная, длинная, опущенная, отечная, гипертрофир., направлена кпереди, кзади, вправо, влево, отверстие щелевидное, круглое, надорванное, односторонн., двусторонн., раздражена, эрозирована
13. Матка: норм., меньше норм., инфант., увелич. до.....
 нед., мес. беремен. мягкая, фиброзная
- Положение матки.....
 Подвижность и чувствительность
- Трубы: извилистые увеличен.
 болезненны
14. Яичники: опущены увеличен.
 болезненны
15. Связочный аппарат.....
16. Клетчатка
17. Диагноз и заключение врача о применении предохранит. средств
18. Результаты применения в смысле беременности
19. Отделяемое: влагалища, шейки, уретры и реакция его

Результаты и изменения при применении предохранительных средств

Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 9 мес.	Через 1 год	
					Менструации
					Боли
					Бели
					Половое чувство
					Половое удовлетворение
					Шейка
					Флора
					Кислотность
					Заболевания
					Успех (неуспех) предохранения

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

В. Штеккель (Берлин)

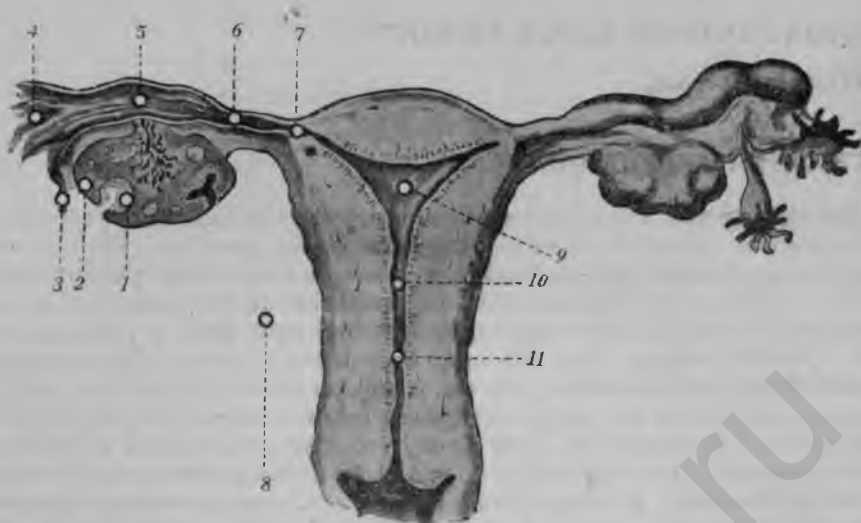
I. ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Возникновение. Главным условием для того, чтобы вообще наступила беременность, является способность яйца к имплантации. Яйцо должно достигнуть такой стадии развития, в которой оно бывает одето слоем клеток трофобласта, обладающего ферментативной способностью по отношению к материнским тканям, вследствие чего яйцу и открывается путь в эти последние. Там, где яйцо находится в момент приобретения способности к имплантации, там оно и внедряется в материнские ткани, причем если оно в это время находится еще вне матки, то развивается внематочная беременность. Тот факт, что яйцо становится способным к имплантации то внутри матки то вне ее, а в матке прививается то вблизи дна (нормально) то вблизи внутреннего зева (предлежание плаценты), может быть следствием двух причин: либо бывает различна быстрота развития яйца либо различная быстрота транспортировки оплодотворенного яйца. Допустить разницу в скорости развития яйца пока нет ни анатомических ни физиологических оснований. Относительно этого, а также относительно скрытых в яйце возможностей, имеющих значение для его оплодотворения, прививки, созревания и развития, наши знания еще недостаточны, как недостаточны и знания о рефлекторном гормональном влиянии, которое оно может, смотря по степени своей зрелости, производить на сокращения труб (Кок). Мы должны считать эти объяснения пока еще недоказанными.

Напротив, очень хорошо обоснованным является учение о различной скорости передвижения яйца как причине главной формы внематочной беременности—трубной. Твердо установлено, что оплодотворенное яйцо в воспаленных и недоразвитых, инфантильных трубах встречает механические препятствия для своего продвижения. Раньше искали причину таких препятствий во внешней форме труб, в перегибах и изгибах их под углом, остающихся после сальпингитов гонорейного или послеродового происхождения, а также в сильной извилистости труб, характерной для инфантильных яйцеводов (Фрейнд). Предполагали, что яйцо может застревать в местах перегибов трубы. Теперь мы знаем, что виной этого являются изменения внутреннего слоя трубной стенки троякой формы. В инфантильных трубах, у которых наблюдаются многочисленные пробелы в мерцательном эпителии, яйцо может застрять на участке трубной мукозы, лишенном эпителия.

Впрочем результаты новейших исследований (Микулич-Радецкий, Кок) определенно указывают, что весьма значительная часть работы по передвижению яйца падает на сокращения мускулатуры труб—вероятно большая, чем какая приходится на мерцание эпителия. Вследствие слабости своей мускулатуры инфантильные трубы обладают незначительной, двигательной способностью.

В хронически воспаленных трубах яйцо может кроме того застрять или между склеившимися друг с другом складками слизистой (преимущественно в ампулярном отрезке трубы (рис. 447), или же оно может быть загнано ресничками мерцательного эпителия в выпячивающиеся в виде слепых мешков углубления просвета трубы, простирающиеся



446. Места прививки яйца (по Хене).

1—яичниковая беременность в фолликуле; 2—яичниковая беременность на поверхности яичника; 3—беременность на яичниковой бахромке; 4,5—трубная беременность в ампулярной части трубы; 6—трубная беременность в перешейке трубы; 7—интерстициальная беременность; 8—первичная брюшная беременность; 9—маточная беременность нормальная; 10—маточная беременность, низкое приращение плаценты; 11—маточная беременность, предлежание плаценты; у левой трубы имеется добавочная труба, где также может произойти прививка яйца.

еся до ее мускулатуры. Из этих слепых мешков, существующих преимущественно в перешейковой части трубы, яйцо обратно возвратиться не может.

Такого рода внутримышечные ходы (рис. 448) иногда являются результатом развивающихся по лимфатическим путям абсцесов в мускулатуре трубы, которые провалились в просвет последней и внутренняя стенка которых покрылась затем эпителием трубной мукозы. Или же они являются продуктами аденомиоза трубы, который может вызвать образование дивертикулов со стороны трубного просвета (Панков). Слипание складок и образование внутримышечных ходов часто бывают результатом сальпингита и, как твердо установлено, могут создать препятствия для передвижения яйца (Опиц, Верт, Хене). Заявление Шенхольца, что внутримышечные ходы являются врожденными, большинством авторов не признается. Прививка яйца в добавочных трубах бывает, но очень редко.

В единичных случаях в беременннх трубах находили также свежие воспалительные изменения даже с образованием гноя, в других случаях—реакции гиперпластические процессы в форме гипертрофии слизистой и полипов ее. Как хроническое, так и острое воспаления слизистой повреждают понятно и мускулатуру труб, а вместе с тем ослабляют моторную функцию их.

Что главной причиной трубной беременности во всяком случае является воспалительное заболевание придатков и в особенности гоноройный сальпингит, за это говорят прямые анатомические и многие косвенные доказательства¹. Почти никогда внематочная беременность не встре-

¹ Что гонорея зачастую является причиной внематочной беременности, не подлежит сомнению, но что именно гоноройный сальпингит в этом отношении занимает первое место, не оправдывается фактами, свидетельствующими, что гораздо большее значение имеет септический сальпингит. Из 180 случаев внематочной беременности, наблюдавшихся в акушерско-гинекологических клиниках Казанского университета и Казанского института для усовершенствования врачей за 1926—1930 гг., гонорея в анамнезе больных фигурировала лишь 10 раз, тогда как септические воспалительные заболевания половой сферы—39 раз. Что септическое



447. Беременная труба, инфицированная смесью желатины с берлинской лазурью; срезы сделаны медиально от места положения яйца.

1—3—ампулярный отрезок трубы; 4, 5—середина ее; 6—7—срезы через перешеек трубы. В ампулярном и среднем отрезках сращение складок мукозы, в перешейке—нормальный просвет трубного канала.

чается у первобеременных, у которых воспалительные изменения полового канала, в особенности верхних его отделов, обыкновенно отсутствуют. Где, далее, часто встречается гонорея, там часто бывает и трубная беременность, а где гонорея встречается редко, там трубной беременности почти не бывает. Часто перед и во время операции, предпринимаемой по поводу внематочной беременности, удается найти анатомические и объективные доказательства еще имеющейся гонореи (хронический уретрит, гоноройный катар шейки, сальпингит или пиосальпинкс в одной трубе, беременность—в другой.). Если другая, небеременная труба, представляющая во время операции ясные воспалительные изменения, не удаляется, то нередко случается, что позднее в этой оставленной трубе также возникает трубная беременность.

Тот факт, что частоте воспалений труб соответствует частота трубной беременности, интересен не только в этиологическом отношении, но имеет и большое профилактическое значение. Мы могли бы предупредить возникновение трубной беременности настолько, насколько нам удалось бы предупредить инфекцию половых органов, особенно гоноройную, а при уже наступившей инфекции—предупредить ее восхождение в трубы.

В особенно длинных трубах, которые мы часто встречаем при опухолях яичника, яйцо может уже в трубе стать способным к имплантации, хотя оно никаких особых препятствий для своего передвижения не встречает. Комбинация трубной беременности с кистой яичника той же стороны действительно не представляет редкости.

Особенно длинным является путь яйца при так наз. наружном его передвижении, когда оно, выйдя из яичника какой-либо стороны, поступает в абдоминальное отверстие трубы противоположной стороны. Положение трубного плодного мешка на одной стороне, а желтого тела—на другой служит доказательством того, что яйцо продвигалось по этому обходному пути. Такие случаи наблюдались неоднократно (Зиппель, Фальк). Возможность внутреннего передвижения яйца, при котором последнее проникает из трубы сперва в полость матки, а отсюда в другую трубу, пока не доказана.

Небольшие миомы, сидящие в дне матки, благодаря сужению интерстициальных отрезков труб могут затруднить прохождение яйца в матку так же, как и пере-

воспаление труб в этиологии внематочной беременности играет гораздо более важную роль, чем гоноройное, за это же говорят опубликованные в новейшей русской литературе данные Левита, Файнберга, Горизонтова, Теворовского и др. Груздев объясняет это тем, что гоноройный сальпингит гораздо чаще септического бывает двусторонним заболеванием, притом ведущим к полному заращению обеих труб, благодаря чему результатом его обычно является полное бесплодие. При сепсисе же чаще поражаются маточные придатки лишь одной стороны, другая труба остается проходимой, и потому возможность зачатия не исключается.—В. Г.



448. Реконструкция стенки трубы по методу Борна из воска после инъекции трубы смесью желатины с берлински лазурью. Средняя треть хронически воспаленной трубы. Увеличение в 66,6 раза (по Хене).

1—просвет трубы; 2—слизистая ее; 3—устье внутриматочной системы ходов; 4—брюшинная оболочка трубы; 5, 6—внутримышечная система ходов.

ной, внутри слизистой оболочки, а с самого начала находится в толще мускулатуры трубы, в которую растущее яйцо внедряется очень быстро, так как лежащие на пути его слои ткани не представляют препятствия ни путем своего разрастания ни благодаря своей мощности (рис. 450).

Сплошной истинной отпадающей оболочки в трубе не образуется. В остающейся тонкой слизистой оболочке трубы нет достаточных источников питания, — они находятся только в сосудах мышечного слоя. Ложе яйца таким образом с самого начала имеет эксцентрическое расположение по отношению к просвету трубы, который с самого начала оттесняется к его периферии, а позднее исчезает совершенно (Верт). Место прикрепления яйца, его основание, образуется мускулатурой и соединительной тканью. Отсюда идет обильное внедрение клеток яйца в материнскую ткань, благодаря чему подлежащие части стенки трубы — мышцы и соединительная ткань — подвергаются разъедающему действию этих клеток. Ткани эти фибринозно перерождаются, некротизируются и расплавляются, почему стенки сосудов разъедаются и вскрываются. В открытые просветы вен внедряются ворсинки, проникая все глубже по направлению к наружной серозной оболочке трубы (Верт). Подобно тому как в основании яйца вместо *decidum basalis* мы находим мышечную и соединительную ткани, не дающие децидуальной реакции, так и остальная периферия яйца вместо завороченной отпадающей оболочки бывает образована мышечными пластинками, которые приподнимаются растущим яйцом и выпячиваются в просвет трубы.

гибы трубы вследствие сращения брюшинного покрова (Хирш) или вследствие наличия паровариальной кисты (Леман), а иногда повидимому также после укорочения круглых связок матки по Александеру-Адамсу (Клейн). Совпадение с аденомиомами трубных углов подтверждает ту исключительную роль, которую играет в происхождении внематочной беременности воспаление, так как железистые включения таких миом представляют не остатки гартнерского хода, но являются продуктами воспаления слизистой или серозной оболочек труб (Р. Мейер).

Имеется ли при совпадении рака шейки и трубной беременности взаимная причинная зависимость, представляется невероятным. Психическим влияниям, напр. испугу во время сношения (Фрейд), в настоящее время уже не приписывают никакого этиологического значения. Мы не можем себе представить никакой связи между этими явлениями.

Анатомические отношения. «Яйцо подготавливает себе в трубе не только ложе, но и могилу» (Верт). Ложе для яйца не лежит при трубной беременности, как при маточ-



449. Внутримышечное положение яйца.

O—яйцо; K—кровоный сгусток в месте внедрения; L—просвет трубы.

Эта с самого начала тонкая, содержащая мышечные волокна *decidua capsularis* скоро подвергается некрозу. Ее прорастают клетки яйца (трофобласт) и затем ворсинки. После этого образуются новые соединения яйца с противоположной стеной трубы, которые, ведут к новым небольшим образованиям плацентарной ткани и к лучшему замыканию яйцевой полости (Верт, Фют).

Это замыкание остается однако настолько недостаточным, что обыкновенно уже в первые недели беременности происходит повреждение яйцевой капсулы. При этом механическое растяжение капсулы благодаря росту яйца играет меньшую роль, главное же значение имеет разъедающая сила ворсинок хориона. Если яйцевая капсула граничит частью своей периферии с открытым просветом трубы, как то часто бывает при развитии яйца в ампулярной части трубы, то перфорация яйца может произойти внутрь, в просвет трубы (трубный аборт по Вестермарку, внутренний разрыв плодовместилища по Верту).

Если же яйцо привилось в области перешейка трубы, то оно развивается дальше не в сторону узкого здесь просвета трубы, но с самого начала—в сторону наружной поверхности трубы, ткани которой истончаются яйцом до серозной оболочки, которую в конце концов ворсинки и проедают, так что перфорация происходит наружу, в брюшную полость (разрыв трубы или наружный разрыв плодовместилища по Верту).

Трубный аборт таким образом является обычным исходом беременности в ампулярной части трубы, а разрыв трубы—беременности в перешейковой части последней. Оба вида разрывов яйцевой капсулы сопровождаются кровотечением.

При трубном аборте (рис. 451) яйцо проделывает обратно тот путь, которым оно проникло в трубу. Оно следовательно выталкивается из своего ложа в стенке трубы в ее просвет и оттуда через брюшное отверстие в брюшную полость. При этом понятно должно быть кровотечение.

Место разрыва d. capsularis.



450. Трубный аборт. внутренний разрыв капсулы (по Бумму). Яйцо родилось в просвете трубы и через абдоминальное отверстие его вытесняется в брюшную полость.

так как при отслойке ворсенок на месте прикрепления яйца должны вскрываться кровеносные сосуды матери.

Как при раннем маточном аборте первых недель, так и при трубном аборте отслойка яйца от начала до конца сопровождается кровотечением. При маточном аборте кровь вытекает через канал шейки и влагалище наружу, при трубном же аборте—через канал трубы и брюшное отверстие в брюшную полость. Там значит бывает наружное, здесь внутреннее кровотечение.

Смотря по тому, в какой стадии мы производим операцию, мы находим окруженное кровью и пропитанное ею яйцо или еще в просвете трубы (трубный кровяной занос) или уже в самом брюшном отверстии (перитубарная гематома), причем из сильно зияющего брюшного отверстия трубы выступает грибовидная опухоль, которая может достигнуть величины мужского кулака и даже больше (рис. 457). Яйцо может оказаться уже в брюшной полости, где оно, следуя силе тяжести, опускается в дугласово пространство, в котором накапливается и стекающая сюда кровь (haematocoele retrouterina).

Не все яйца, погибающие в трубе, попадают из нее в брюшную полость. Много кровяных заносов рассасывается в самом просвете трубы¹, другие сперва остаются лежать в нем и только потом, под влиянием давления стекающей крови или вследствие сокращений трубы, выталкиваются в брюшную полость (вторичный аборт по Верту)². Яйцо прикрепляется к трубе значительно прочнее, чем в матке, почему при всех трубных абортах в яйцевом ложе вероятно остаются части ворсин.

При разрыве трубы (рис. 452) также должно быть кровотечение в брюшную полость, так как яйцо отслаивается от своего места прикрепления. Кровотечение при этом должно кроме того происходить еще потому, что ворсинки, проникающие через стенку трубы в направлении к брюшине, разрезают проходящие к стенке артерии (ветви внутренней семенной артерии). Этим объясняется особенная значительность возникающего при разрыве внутреннего кровотечения, которое ведет или к образованию весьма значительной «заматочной кровяной опухоли» или, что наблюдается очень часто, бывает настолько обильным (профузным), что haematocoele не успевает образоваться, большие кровяные массы выталкивают всю брюшную полость, и в несколько минут может наступить смерть большой от потери крови.

Отверстие в стенке трубы, из которого происходит ведущее к смерти кровотечение, может быть крохотным, точечным и едва различимым. Наблюдались и множественные перфорации трубной стенки.

¹ Так происходит «самоизлечение внематочной беременности», встречающееся повидимому значительно чаще, чем это обычно думают. Хенев в процессе этого самоизлечения особенно важную этиологическую роль приписывает так наз. колюмнарному прикреплению яйца, т. е. прививке его на верхушке одной из складок трубной мукозы.—В. Г.

² Иногда повидимому вытолкнутое таким образом неповрежденное яйцо в ранних стадиях развития может привиться в каком-либо месте полости брюшины, и таким образом развивается вторичная брюшинная беременность.—В. Г.



451. Внутренний разрыв плодместилища при внематочной беременности (трубный аборт).

Трубы удалены с обеих сторон; обе удаленные трубы приложены друг к другу маточными концами. Небеременная труба превращена в гидросальпинкс, беременная протолкнула окруженное кровью яйцо вплоть до сильно расширенного абдоминального отверстия. Полость яйца с зародышем образует центр значительно уплотненного кровяного сгустка.



452. Наружный разрыв плодместилища при внематочной беременности (по Бумму).

Число женщин, погибающих от кровотечения в брюшную полость, еще теперь не смотря на телефоны и автомашины немало. Все женщины, которые за последний 21 год были доставлены вследствие внезапной смерти в Венский институт судебной медицины, оказались погибшими от внутреннего кровотечения на почве внематочной беременности (Кац).

Если у женщины, остающейся одной в доме, происходит очень сильное внутреннее кровотечение, то она падает и может умереть, причем никто не может не узнать об этом. Если ее находят умирающей, то она может погибнуть от внутреннего кровотечения в карете для перевозки больных или во время переноса в операционный зал. Иногда до начала кровотечения до смертельного исхода протекают лишь минуты, так что уже дорога от кресла для исследования в клинике, на котором произошел разрыв трубы, до операционной является слишком длинной. Но это—редкие исключения. Обычно, как и при разрыве матки, кровотечение при разрыве беременной трубы много раз перемежается с отсутствием его, явления шока перемежаются с улучшением состояния больной, и проходит полчаса или еще больше, пока наступит смерть от потери крови.

Разрыв трубы часто наступает совершенно внезапно, среди полного здоровья, причем женщина иногда и не подозревает о своей беременности. Непосредственно вызывающей его причиной иногда является травма (падение, поднятие тяжести, сильное натуживание при дефекации) и прежде всего—производимое при комбинированном исследовании давление на живот, а иногда попытка плодоизгнания.

Трубный аборт и разрыв трубы—наиболее частые исходы трубной беременности. Поэтому всякая трубная беременность так же опасна, как и всякое внутривенное кровотечение и обескровливание. Трубный аборт встречается приблизительно в 8 раз чаще, чем разрыв трубы. Трубный аборт и разрыв трубы могут также комбинироваться между собой; абортирующая труба может разорваться или наступает поздний разрыв ее после происшедшего трубного аборта (может быть благодаря оставшимся, продолжающим расти ворсинкам) ¹.

¹ Статистические данные казанских акушерско-гинекологических клиник—университетской и Института для усовершенствования врачей—свидетельствуют однако, что разница между частотой наружного и внутреннего разрывов плодместилища не столь уж велика. Так, из 180 оперированных случаев внематочной беремен-

Трубный и маточный аборт, с одной стороны, и разрывы матки и трубы—с другой, могут быть противопоставлены в отношении характера и происхождения кровотечения: при обеих формах аборта происходит, так сказать, «физиологическое» кровотечение, вызываемое только отслойкой яйца от места его прикрепления в трубе или в матке, при обеих же формах разрывов имеет место патологическое кровотечение, так как тут значительные количества крови поступают из разорванных сосудов в трубе вследствие повреждений внутренней семенной артерии или ее ветвей: а в матке—вследствие разрывов маточной артерии. Поэтому кровотечение при абортах бывает в общем менее значительно и в прогностическом отношении более благоприятно, чем большей частью профузное кровотечение при разрывах, ведущее часто к смерти от кровопотери. Не нужно только при этом недооценивать внутреннего кровотечения при трубном аборте и предполагать, что оно, так же как и наружное кровотечение при маточном аборте, редко оканчивается смертью,—опасность обескровливания при трубном аборте надо всегда рассматривать как близкую, хотя она и значительно меньше, чем при разрыве трубы.

В матке при внематочной беременности происходят изменения, свойственные беременности: вследствие гипертрофии мышц она делается больше, вследствие гиперемии—мягче и сочнее. Ее слизистая оболочка превращается в отпадающую, и таким образом матка способна принять яйцо, которое однако не может достигнуть ее.

Клиническое течение и диагноз. Смотря по тому, в какой стадии находится трубная беременность, когда она попадает в руки врача, случаи ее можно разделить на три группы.

Первая группа состоит из тех случаев, когда еще не наступило нарушения развития яйца, в которых следовательно и яйцо и труба еще совершенно не повреждены. В этих случаях распознавание беременности в мало еще утолщенной, поразительно мягкой трубе (Фейт) очень трудно и не удается даже очень опытному врачу. В общем последний редко бывает в состоянии поставить такой ранний диагноз.

Женщины обыкновенно предполагают, что они беременны, но понятно не знают, что беременность у них внематочная. Отсутствие менструации, иногда появление молозива и развитие некоторых субъективных симптомов (рвота, изменения вкуса) дают первый повод думать о беременности, а иногда даже о том, чтобы попытаться удалить яйцо из беременной якобы матки.

Я наблюдал двух женщин, которые были уже однажды оперированы по поводу трубной беременности и вполне уверенно утверждали, что у них опять внематочная беременность. При исследовании я не мог подтвердить этого диагноза. Между тем у обеих женщин через несколько дней дома произошел разрыв трубы, причем обе после лапаротомии выздоровели.

Во вторую группу я отношу те случаи, где внутри трубы уже наступили расстройства развития яйца и появились кровотечения из матки. Последние обыкновенно наступают спустя 6—8 недель после последней менструации и бывают различной силы—то в виде только окрашенных кровью выделений то в виде слабого или более сильного кровотечения, которое часто принимается или за запоздавшую менструацию или за начало обыкновенного маточного аборта. Последнее допущение считается доказанным, когда вместе с кровью выделяется децидуальная оболочка матки в виде сплошного мешка или в виде больших обрывков,

ности, собранных Тимофеевым и относящихся к 1900—1925 гг., на 71 сл. наружного разрыва пришлось 89 внутреннего, а из 152 таковых же случаев, относящихся к 1926—1930 гг. и собранных Груздевым, наружный разрыв имел место в 74, а внутренний—в 78 случаях. В обширном материале сибирских авторов, опубликованном в новейшее время Горизонтовым, наружный разрыв встретился даже чаще внутреннего—в 50,2%, тогда как внутренний—в 47,9%, а тот и другой вместе—в 1,9%.—В.Г.

причем оболочка эта не только самой большой, но довольно часто и акушеркой и врачом принимается за остатки яйца.

По мнению большинства авторов кровотечение из матки является первым симптомом того, что яйцо в трубе уже пострадало в своем дальнейшем развитии или уже погибло. Следствием гибели его является маточное кровотечение, а следствием последнего—отслойка и выделение децидуальной оболочки матки¹. Фейт, Фрич, Брандт думают, что вытекающая из матки кровь может иногда исходить также и из беременной трубы. Как маточное кровотечение, так и отхождение отпадающей оболочки являются очень частыми, но далеко не постоянными спутниками трубной беременности².



453. Часть децидуальной оболочки (макроскопич.).



454. Часть яйца (макроскопич.).

Одновременно с кровотечением обычно появляются боли в правой или левой стороне живота. Боли эти часто имеют характер схваток, иногда держатся с равномерной интенсивностью и принимаются больными за родовые схватки. Они зависят от сокращений мускулатуры трубы. Первая задача, стоящая перед врачом при таком положении дел,—это решить, имеется ли тут обычный маточный аборт или внематочная беременность.

Огромная важность правильного распознавания ясна из следующего: при внутриматочном аборте нужно или можно во всяком случае производить внутриматочные манипуляции. При внематочной беременности, напротив, ни в коем случае манипулировать внутри матки нельзя, так как этим можно прямо вызвать разрыв беременной трубы со смертельными внутрибрюшинными кровотечениями. Выяснение дифференциального диагноза часто бывает однако очень трудным.

И для внутриматочного аборта и для внематочной беременности общими являются следующие признаки: 1) одно- или двукратное отсутствие менструации; 2) патологическое увеличение и разрыхление матки, обнаруживаемое внутренним исследованием; 3) появление маточного кровотечения³.

При внематочной беременности последнее наступает большей частью спустя 6—8 недель после последней менструации, но часто также и раньше и продолжается тогда понемногу и с перерывами.

4) отхождение вместе с кровью тканевых элементов.

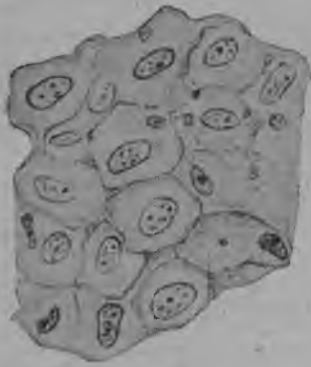
Отличают оба эти состояния следующие признаки:

1. При внематочной беременности—указание женщины на длительные выраженные боли в боку во время и после кровотечения из матки;

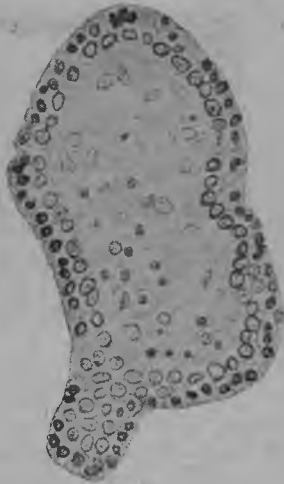
¹ С другой стороны, отслойка отпадающей оболочки может служить причиной маточного кровотечения, наблюдающегося при внематочной беременности.—В. Г.

² Из 152 проверенных операций случаев внематочной беременности, наблюдавшихся в казанских акушерско-гинекологических клиниках (университетской и Института для усовершенствования врачей) за 1926—1930 гг., маточное кровотечение имело место в 138, причем оно было первым симптомом заболевания в 52, а отхождение отпадающей оболочки—в 26 случаях. По Вагнеру для кровотечения, наступающего при прерывании внематочной беременности, характерно то, что оно не останавливается от препаратов задней доли гипофиза.—В. Г.

³ Отделяющаяся при этом кровь обычно представляется темной и густой.—В. Г.



455. Часть децидуальной оболочки (микроскопически).



456. Ворсинка (микроскопически).

при маточном аборте — отсутствие болей или указание на типично локализующиеся над серединой лобка, периодически появляющиеся боли во время кровотечения.

2. Отходящие из матки ткани представляются при внематочной беременности в виде плотной, бугристой децидуальной оболочки, при маточном же аборте — это хорион с ворсинками; выяснить, какая ткань имеется, часто можно уже макроскопически:

исследуемую ткань, после того как освободят ее от крови, кладут в какую-либо посуду с чистой водой, причем легко распознаются свободно плавающие ворсинки (рис. 453 и 454); в сомнительных случаях вопрос решается микроскопическим исследованием (рис. 455 и 456).

Таким образом очень важно аккуратно сохранять все, что вышло из матки, в особенности же точно исследовать всякие кровяные сгустки и запачканную кровью белую.

Отхождение толстой децидуальной оболочки имеет и прогностическое значение — оно довольно верно указывает на гибель яйца и на наступление процессов обратного развития, так что при этом острая опасность для жизни больной является уже миновавшей.

В подобных случаях возможно смешение с так наз. перепончатой дисменореей, при которой также отходит децидуальная оболочка. Но последняя здесь обыкновенно выделяется при каждой менструации, причем отсутствует одно-или двукратное выпадение менструального кровотечения.

Может случиться, что и при внутриматочном аборте выделившаяся отпадающая оболочка бывает совершенно свободна от ворсинок. Тогда важна микроскопическая картина желез: при маточном аборте под микроскопом обнаруживаются тесно расположенные железы пилообразной формы, гликогена очень много; при внематочной беременности отпадающая оболочка содержит мало желез, лишенных пилообразной формы, много цитогенной стромы, мало гликогена; при перепончатой дисменорее имеются атрофированные железы, лейкоциты, лимфоциты, некрозы, геморагии (Бракеман)¹.

3. При маточном аборте нет опухоли возле матки, при внематочной беременности можно прощупать на одной стороне опухоль придатков.

Распознавание этого не так легко и не так определено, как кажется и как часто утверждают: прежде всего для больной, как уже указывалось, оно опасно потому, что под влиянием давления на живот стенка

¹ Одним из возможных источников ошибок при оценке выделившейся из матки дециду без ворсин может быть персистирующее кистозное желтое тело, которое может сопровождаться аменореей, увеличением и разрыхлением матки, образованием значительно выраженной децидуальной реакции и тем самым имитировать беременность (Хонекер, Абрагам и др.).—И. Ф.

почти готовый к разрыву трубы может совсем разорваться или бывший уже в ходу трубный аборт может закончиться, т. е. может быть вызвано сильное внутрибрюшинное кровотечение. Распознавание неточно еще потому, что хотя опухоль доказать и не удастся, трубная беременность все же может быть налицо (жирные брюшные покровы, сильное их напряжение, недостаточный опыт и техника, очень маленькая опухоль). Даже если и удастся повидимому констатировать наличие опухоли, все же у женщины может быть внутриматочная беременность, так как или согнутое в сторону (латерофлектированное) тело матки может быть так расположено возле шейки, что оно принимается за опухоль, лежащую возле небольшой матки, или беременный рог двурогой матки располагается под таким острым углом к телу последней, что кажется, будто он ей не принадлежит.

В этой стадии дело часто идет о небольших опухолевидных образованиях, для определения которых требуются большой опыт и технический навык. Поэтому не имеющему опыта и навыка врачу лучше всего производить это определение бережно под наркозом, когда оно и удается. Дальнейшие имеющиеся в нашем распоряжении приемы ненадежны, а частью даже опасны.

Совершенно недоказательно наличие в исследуемой опухоли пульсации сосудов. Опасны и также мало доказательны все те методы, которые имеют целью установить, что матка пуста или содержит только отпадающую оболочку—зондирование, внутреннее ощупывание и выскабливание. Опасность тут заключается как в возможности вызвать внутреннее кровотечение, так и в возможности инфекции. Кроме того при смещениях матки зонд может легко застрять в пути и совсем не проникнуть до дна матки. При пальцевом исследовании полости матки привившееся высоко в трубном углу яйцо может ускользнуть от пальца. Отсутствие децидуальных клеток в выскабленных частях слизистой оболочки указывает, что децидуальной оболочки в данное время нет, но не доказывает, что ее вообще не было,—она могла уже подвергнуться обратному развитию или уже выделиться.

Реакция Абдергальдена с нингидрином неточна, особенно когда она дает отрицательный результат: такой результат может получиться несмотря на имеющуюся трубную беременность, если контакт между яйцом и материнской тканью уже некоторое время нарушен. Кроме того методика реакции для практики слишком сложна. Спектроскопическое доказательство гематина как выражение бывающей при внутрибрюшинном кровоизлиянии гематинемии, часто сочетающейся с гемолитической желтухой (Шоттмюллер), не обладает достаточной точностью и неприменимо для врача-практика. Реакция эта дает положительный результат едва в $\frac{1}{3}$ всех случаев и в $\frac{1}{2}$ всех медленно протекающих трубных аборт.

Проба с уробилиногеном в моче положительна только в случаях с внутренним кровотечением или в таких, где кровотечение было за 2—3 дня (Шиллер и Орштейн)¹.

Может ли гистеросальпингография (рентгеновский снимок после наполнения матки контрастной массой) явиться удобным и безопасным методом для дифференциальной диагностики внематочной беременности, остается еще под вопросом,—очень вероятно, что нет.

¹ У нас довольно широкое применение для распознавания прорвавшейся внематочной беременности получила реакция Егорова-Антошиной с пирамидоном. Тарло описывает технику этой реакции следующим образом: в 3 чистых, сухих, одинакового диаметра пробирки наливаются—в одну 3 см³ 5% раствора пирамидона в 95° спирте с 8 каплями ледяной уксусной кислоты и 8 же каплями 3% раствора свежеприготовленной перекиси водорода, во вторую—2 см³ того же 5% раствора пирамидона в 95° спирте плюс 1 см³ 95° этилового алкоголя плюс 8 кап. уксусной кислоты и 8 кап. 3% раствора перекиси водорода, в третью—1 см³ раствора пирамидона с 2 см³ 95° спирта, 8 каплями 50% раствора уксусной кислоты и 8 каплями перекиси водорода; в эти пробирки прибавляется по 2 капли плазмы, гесп. сыворотки крови исследуемой больной. При резко положительной реакции жидкость во всех пробирках принимает аметистово-фиолетовое окрашивание. Испробовав эту реакцию в 37 случаях прорвавшейся внематочной беременности, Тарло в 22 случаях получил поло-

При одновременном существовании маточной и внематочной беременности одна из них большей частью не распознается. За ряд лет собрана очень богатая казуистика (около 300 случаев) этого редкого сочетания.

Обыкновенно если внематочную беременность оперируют, то внутриматочная заканчивается абортom, хотя иногда она и донашивается¹. Иногда сперва распознается только одна из них, а другая—потом, например внематочная только после окончания внутриматочной. Могут быть и обе беременности доношены до конца. В 9 случаях (Новак) даже оба ребенка были рождены живыми.

Если принять во внимание, что анамнестические показания нередко бывают неправильны, особенно относительно менструации, якобы не отсутствовавшей или запоздавшей только на несколько дней, либо пришедшей во-время или бывшей сильнее, что атипических кровотечений или отхождения кусочков ткани часто не замечают, что увеличения и разрыхления матки часто распознать не удается, то становится ясным, что практический врач чаще остается в неведении, чем ставит правильный диагноз.

В подобных случаях он должен немедленно передать такой «неясный» случай врачу-специалисту или в стационар. Но ему не следует, как это к сожалению часто бывает, применять какую-либо терапию.

Особенно нужно избегать во всех случаях, где имеется даже слабое подозрение на внематочную беременность, обеих главных ошибок, о которых уже упоминалось выше,—слишком поспешно предпринимаемого выскабливания для удаления лишь предполагаемых остатков аборта и форсированного надавливания на живот для определения наличия опухоли.

Неправильно также и выжидать, наблюдая за дальнейшим течением случая в частном доме, и тем неправильнее, чем труднее и продолжительнее будет транспорт больной в стационар в случае неожиданного наступления коллапса.

К третьей, наибольшей группе внематочной беременности принадлежат случаи, в которых кровотечение из трубы в брюшную полость уже произошло. Здесь целесообразно различать две подгруппы смотря по тому, ограничено ли кровотечение (гематома или гематоцеле, обыкновенно трубный аборт) или оно диффузно наполняет всю брюшную полость (обыкновенно разрыв трубы).

При ограниченном кровоизлиянии, вызванном трубным абортom, выделяющаяся кровь, как уже сказано, обуславливает образование опухоли в трубе (кровяной занос), затем в окружности трубы (перитубарная гематома) и наконец в заднем дугласовом пространстве (haematocoele retrouterina). Главная диагностическая задача состоит в распознавании этих различно расположенных опухолевидных образований. Haemato-

жительные результаты пробы, в 7—слабо положительные и в 8—отрицательные. При заболеваниях, не сопровождавшихся внутренним кровоизлиянием, результаты пробы по Тарло оказываются положительными лишь в редких случаях. Из других русских авторов, проверявших в новейшее время пробу с пирамидомом, Кузнецов получил положительные результаты в 83,9% случаев прервавшейся внематочной беременности, Иванов—в 85%, Липкин же—в 100%, причем последний автор полагает, что такие результаты пробы зависят не от гематина, а от гемоглобина, вследствие чего проба дает положительные результаты и у здоровых, а потому не имеет диагностического значения.—В. Г.

¹ Из 244 сл. одновременной маточной и внематочной беременности, собранных в 1913 г. Нейгебауэром, оба плода—и маточный и внематочный—достигли полной зрелости в 35 случаях.—В. Г.

cele—самая крупная опухоль, кровяной занос—самая маленькая; по середине стоит в данном отношении перитубарная гематома.

Если удается определить наличие опухоли, то нужно установить дифференциальный диагноз ее природы. При кровяном заносе и при кровоизлияниях, локализующихся вблизи трубы или вокруг нее, по положению, консистенции и конфигурации опухоли нужно прежде всего обсудить вопрос о возможности воспалительных опухолей придатков (сактосальпинкс, пиоварий, трубно-яичниковые кисты, воспалительные конгломератные опухоли, параметральные и внутрибрюшинные абсцессы после плодотворения или попыток к нему). Точно исключить их можно лишь с большим трудом, а иногда и совершенно невозможно.

Следующие признаки могут служить опорой для дифференциального диагноза.

1. Воспалительные опухоли придатков, особенно гоноройные, бывают обыкновенно двусторонними, при трубной же беременности опухоль обыкновенно образуется только с одной стороны. Из этого правила бывает однако много исключений.

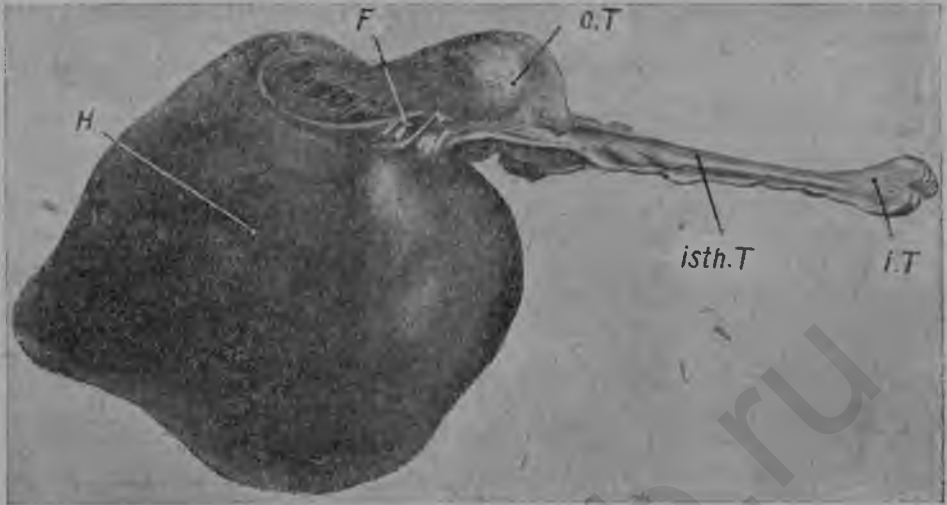
Односторонние воспалительные опухоли придатков далеко не составляют редкости. Иногда имеется затем двустороннее воспалительное заболевание, но опухоль образуется только на одной стороне, а на другой стороне существует сальпингит с неясно ощутимым утолщением трубы. При первоначально двусторонних опухолях опухоль на одной стороне быстро подвергается обратному развитию. Воспаление ограничивается только одной трубой, как это часто бывает при послеродовых процессах, а также при распространении аппендицита на придатки, что наблюдается только справа, или наконец опухоль имеется с одной стороны, но она невоспалительного характера и не вызвана внематочной беременностью, а является яичниковой кистой.

С другой стороны, наличие двусторонней опухоли еще не говорит против трубной беременности—бывает, хотя и очень редко, двусторонняя трубная беременность, при которой яйца находятся в той и другой трубах. Наблюдается иногда и двойничная трубная беременность, при которой оба яйца развиваются в одной трубе, а Нийхоф наблюдал в одной трубе три яйца.

Очень часто затем находят на одной стороне трубную беременность, а на другой—воспалительную опухоль придатков. При воспалительной этиологии трубной беременности это вполне понятно, если особенно иметь в виду неодинаковость изменений, вызываемых инфекцией в обеих трубах. Наконец при прерывании беременности в форме трубного аборта в одной трубе может наступить кровотечение и в другой трубе, причем если абдоминальный конец ее закрыт, то кровотечение это ведет к образованию гематосальпинкса.

Таким образом наличие опухолей с обеих сторон не исключает совершенно существования трубной беременности.

2. Конфигурация и консистенция опухолей при воспалительной опухоли придатков и при трубной беременности иногда отчетливо различны. Так, типичный искривленный в виде рога сактосальпинкс можно ясно отличить от трубного аборта, при котором яйцо, окруженное кровяными сгустками, частью уже выступающее из абдоминального отверстия трубы, определяется как опухоль у ампулярного конца трубы, откуда труба, не утолщенная на остальном своем протяжении, может быть прослежена до места прикрепления ее к матке. Опухоль в таком случае висит у трубы, как плод на ветке (рис. 457). Но такие определенные результаты ощупывания получаются реже, чем неопределенные. Вследствие кровяных сгустков, окружающих подвижное трубное яйцо, гематомы при внематочной беременности в общем имеют менее правильную форму и более плотную консистенцию, чем воспалительные опухоли придатков. Признаки эти однако нередко не позволяют сделать окончательного вывода.



457. Внутренний разрыв капсулы (трубный аборт).

i. T.—интерстициальная часть трубы; *isth. T.*—перешейковая часть трубы; *a. T.*—ампулярный отрезок трубы; *F*—фимбриальный конец трубы; *H*—околотрубная (перитубарная) гематома.

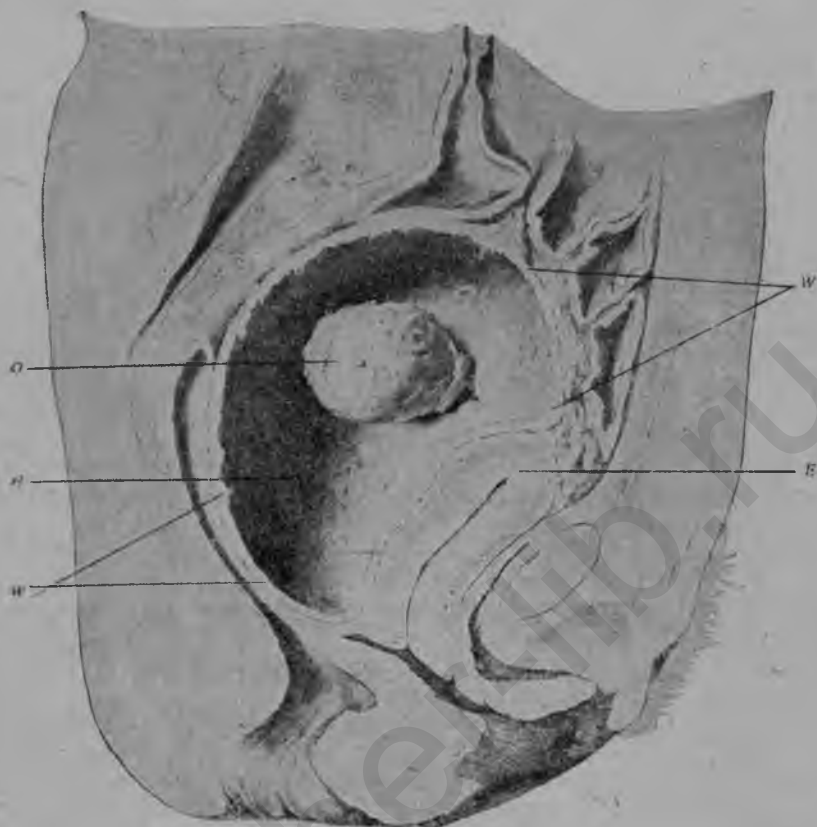
3. Схваткообразные боли особенно сильны, когда при образовании кровяного заноса напряжение трубной стенки значительно увеличивается. По своей силе и характеру боли эти ясно отличаются от болевых ощущений, имеющих место при тазовом перитоните и воспалении придатков.

4. Изменения опухоли при дальнейшем наблюдении. Как относительно быстрое обратное развитие, так и в особенности быстрое увеличение размеров ее в направлении заднего дугласа говорят за «кровоанную» природу опухоли, а не за ее воспалительный характер.

Не все трубные аборты заканчиваются образованием типичной заматочной кровяной опухоли.—нередко, особенно когда путь к заднему дугласу прегражден спайками и сращениями или когда положение абдоминального отверстия трубы атипично, выступающая из трубы кровь располагается вокруг этого отверстия или стекает впереди (*haematocoele anteuterina*). В таких случаях количество вытекающей крови обыкновенно невелико, она свертывается и относительно хорошо рассасывается. Опухоль вследствие этого в течение ближайших дней становится тверже и меньше, чего при опухолях придатков не бывает.

Самым убедительным для внематочной беременности являются распространение опухоли к заднему дугласову карману, постепенное развитие заматочной кровяной опухоли, причем одна половина тазового пространства все больше и больше выполняется растущей опухолью, которая может перейти за среднюю линию, оттесняет обыкновенно матку в сторону и впереди так, что последняя, принимая косое положение, плотно придавливается к передней стенке таза и ясно выпячивает в просвет влагалища задний и боковой его своды. Чем ближе к средней линии лежит опухоль позади матки, тем менее возможно смешать ее с воспалительной опухолью придатков, которая всегда хотя частично располагается сбоку, зато тем легче смешать ее с запрокинутой кзади беременной маткой.

Небольшие или средней величины заматочные опухоли могут так тесно прилегать к матке, что при исследовании нельзя различить перехода их на тело матки.



458. Замочная кровяная опухоль (по Бумму).

O—пропитанное кровью яйцо; *H*—полость мешка опухоли, наполненная свернувшейся кровью; *W*—стенка мешка, *F*—дно матки.

Тогда легко принять всю матку за гипертрофированную вследствие беременности шейку, а замочную кровяную опухоль—за увеличенное вследствие маточной беременности тело матки, запрокинутое назад. Самое плохое при этой ошибке заключается обыкновенно в немедленно предпринимаемой попытке «выправить» ретрофлектированную матку, что понятию ведет к разрыву кровяной опухоли и к кровотечению в свободную брюшную полость. Бывает и наоборот, что ретрофлектированную матку принимают за *haematocoele retrouterina*, делают пункцию и затем ненужную лапаротомию.

От таких ошибок и роковых вмешательств лучше всего предохраняет исследование под наркозом, при котором обыкновенно удается отграничить матку от *haematocoele*, затем—ощупывание через прямую кишку крестцово-маточных связок, место отхождения которых лежит на 2—3 см выше наружного зева матки. Там, где они вступают в матку, должна лежать стало быть верхняя граница шейки, и там нельзя предполагать дно матки, как это бывает при упомянутом уже ошибочном диагнозе (Фейт). Наконец определение того, что круглые связки лежат впереди от спорного образования, говорит за то, что это может быть только дно матки, а не шейка. При этом матку нужно оттеснить влево, если желают нащупать правую связку, и наоборот (рис. 458).

Внезапное образование заматочной кровяной опухоли бывает чаще, чем постепенное, причем сейчас же после появления первых симптомов можно определить большую заматочную опухоль. Анамнестически тогда зачастую можно установить внезапное появление сильной боли внизу живота, за которой следует коллапс с признаками острого малокровия. Коллапс и анемия обыкновенно не пугают больных и быстро ими преодолеваются. Напряженная опухоль вследствие свертывания крови в ближайшей же дни делается тверже и бугристее.

Haematocoele быстро обособляется от свободной брюшной полости благодаря тому, что сальник, петли тонких кишок, flexura sigmoidea и слепая кишка покрывают ее и кроме того она окружается соединительнотканной оболочкой, развивающейся со стороны брюшины кишок и брюшины, окружающей погруженное в haematocoele бахромчатое отверстие трубы. Часть крови haematocoele свертывается, часть остается жидкой, именно если haematocoele увеличивается вследствие дальнейших кровоизлияний.

Предоставленная сама себе haematocoele может совершенно рассосаться и притом, если она невелика, бесследно; если же она велика, то после нее остаются обширные соединительнотканые сращения капсулы.

Имеется много данных за то, что немедленного всасывания крови без предварительного образования соединительнотканной капсулы не происходит, ибо, во-первых, способность брюшины к всасыванию больше всего бывает выражена вблизи диафрагмы, а хуже всего — в малом тазу, во-вторых, главная масса излившейся крови совсем не приходит в соприкосновение с всасывающими серозными поверхностями, в-третьих, часть крови поступает из трубы уже в свернувшемся состоянии, следовательно уже неспособной к всасыванию.

Лаусон-Тэт и Фейт первые установили, что большая часть haematocoele является последствием внематочной беременности.

При свободном кровоизлиянии в брюшную полость так же, как и при остром развитии haematocoele, появляются внезапная боль, коллапс и анемия; коллапс быстро нарастает, анемия в несколько минут доходит до такой степени, что пульс не ощущается, иногда дело доходит даже до полной остановки сердца. Осумкования крови при этом не происходит, если не считать очень редких случаев кровоизлияния между листками широкой связки (межсвязочная haematocoele)¹. Кровь наводняет всю брюшную полость, стекая понятно в наиболее глубокие ее места (заднее дуговое пространство, боковые карманы около печени и селезенки), но распределяется и между петлями тонких кишок. В очень короткое время брюшная полость может наполниться 2—3 литрами крови.

Наиболее доказательными в диагностическом отношении являются симптомы анемии: резкая бледность осунувшегося лица, бледность губ и конъюнктив, ускоренное, напряженное дыхание, а прежде всего слабый, учащенный пульс, делающийся все слабее и чаще, чувство сжатия в сердце, предчувствие смерти. Анамнестически важно установить, что тяжелые явления развились внезапно среди полного здоровья и после первоначального улучшения или не прекращаясь быстро усилились до имеющегося резко выраженного состояния.

Очень резко могут быть выражены боли в плече, иногда на противоположной стороне — симптом раздражения диафрагмы². Они говорят за внутрибрюшинное кровотечение или распространение крови по брюшине. Иногда первым симптомом разрыва является позыв на мочеиспускание, а иногда вслед за ним появляется до

¹ Точнее — межсвязочная гематома. — В. Г.

² Так наз. phrenicus-симптом. — В. Г.

24 часов длящаяся анурия, зависящая от обезвоживания организма вследствие сильного внутрибрюшинного кровотечения и пониженного кровяного давления. Она является причиной того, что нередко диагноз ставится неправильно (распознают уремию, отравление пищевыми веществами или медикаментами и пр.) и соответственно этому выбирают терапию, благоприятствующую дальнейшей ренопотере.

Иногда округность пупка у больной принимает синюю и зеленовато-синюю окраску (Куллен), так как здесь просвечивает находящаяся в животе кровь или расширение пупочной вены; иногда этот признак выступает особенно ясно в затемненной комнате и при искусственном освещении пупка. Но признак этот имеет место и при других заболеваниях (ущемленная пупочная грыжа, перекрученная киста яичника, разрыв опухоли яичника с кровавым содержимым (Гольд)¹. Брандт и Куленкамиф считают диагностически ценным признаком чувствительность живота без напряжения брюшных покровов².

Хирш нашел, что за внематочную беременность говорят: 1) дальнейшее существование симптомов несмотря на назначение большой льда и постельного содержания, 2) дальнейшее существование маточного кровотечения несмотря на большие дозы спорыньи, 3) появление лютеиновой кисты.

Характерным для внутрибрюшинного кровоизлияния является ясное приглушение над симфизом без одновременной флюктуации (Верт). Флюктуация затрудняется из-за наличия свернувшихся кровяных масс.

В дифференциальнодиагностическом отношении надо иметь в виду следующие заболевания: 1) кровотечение из яичника (из полости фолликула или желтого тела); известны даже случаи, когда эти кровотечения комбинировались с разрывом трубы (Юрах, Гласс, Трауготт), но и сами по себе они могут быть угрожающими для жизни; следует заметить, что они могут наступить вслед за половым сношением при наличии кистовидно перерожденных яичников, особенно если они расположены в заднем дугласовом пространстве (Клейн, Винивартер); 2) перфорационные перитониты (при аппендиците, язве желудка, язве 12-перстной кишки); 3) перекручивание ножки кист яичника; 4) странгуляционный ileus с гангреной кишки (редко). Для всех этих заболеваний общей является внезапность, с которой наступают тяжелые симптомы. Без каких-либо предшествующих признаков впрочем боли развиваются только при перекручивании ножки яичниковых опухолей; это перекручивание можно заподозрить при наличии расположенной над входом в таз опухоли. Перфорационным перитонитам обыкновенно предшествуют более легкие симптомы воспаления брюшины, гангрене кишок—признаки их непроходимости.

Положение дела в подобных случаях часто бывает таково, что анамнеза собрать бывает нельзя, а внушающее тревогу состояние вынуждает к немедленным диагностическим и терапевтическим решениям. Я считаю лучшим вспомогательным средством для дальнейшего выяснения тогда пробную пункцию (в заднее дугласово пространство или в боковые отвислые части брюшной стенки). Если шприц аспирирует при ней серозную жидкость или гной, то разрыв трубы исключается; если же в шприце оказывается кровь, то это также не всегда говорит определенно за то, что имеется внутрибрюшинное кровоизлияние, так как игла может попасть в вену, и кровь следовательно может и не происходить из сво-

¹ Кушталов в качестве признака прервавшейся внематочной беременности отмечает шафранное окрашивание ладоней рук и подошв, особенно выраженное в области пальцев и на выдающихся поверхностях.—В. Г.

² Габай считает характерным для прервавшейся внематочной беременности симптом Блюмберга—резкую боль при отнятии от брюшной стенки надавливающей на нее руки.—В. Г.

бодной брюшной полости. Если кровь уже макроскопически представляется «старой» (коричневой), то она не может происходить из кровеносного сосуда, но только из кровоизлияния. Отрицательный результат пункции говорит за неспособную к аспирации свернувшуюся кровь, следовательно за внематочную беременность.

Если пункция делается тонкой иглой и после предшествующей дезинфекции влагалища, то она совершенно безопасна.

Я наблюдал иногда при пункции замечательные и неожиданные явления, напр. аспирацию светлой жидкости, так как в одном случае игла попала в еще замкнутую, лежащую внутри кровяного заноса амниональную полость, в другом—в расположенную спереди от haematocoele кисту яичника.

Нейман аспирировал старую кровь, которая однако происходила из гематомы, развившейся вследствие попытки к плодизгнанию при ранней маточной беременности.

Дедрейн вместо пробной пункции делает заднюю кольпотомию (вскрытие заднего дугласова пространства через небольшой разрез заднего влагалищного свода).

Впрочем все подробные, отнимающие много времени дифференциально-диагностические исследования излишни и опасны, так как при всех заболеваниях, которые здесь можно иметь в виду, показана немедленная лапаротомия. Особенно не надо терять времени, даже нескольких минут для дифференциальной диагностики в случаях разрыва трубы, где жизни больной грозит моментальная опасность.

Более редкие исходы трубной беременности. Очень редко привившемуся в трубе яйцу удается благополучно миновать начальные стадии развития и достигнуть середины беременности или даже полной зрелости плода. Такое развитие бывает возможно только при прививке яйца в ампулярном отрезке трубы. Лихтенштейн считает неперемным условием для этого развитие плаценты в сторону мезосальника (базилотропная имплантация). Тогда или стенка трубы противостоит увеличивающемуся давлению со стороны растущего яйца и остается в качестве плодоставителя, стенки которого впрочем истончаются до просвечивания, а мышечные элементы благодаря перерастяжению местами совершенно исчезают; или, что бывает чаще, плод находит вне трубы благоприятные условия для своего дальнейшего роста после того, как он выскользнет в брюшную полость либо через абдоминальное отверстие трубы либо через место разрыва ее стенки, между тем как плацента остается в трубе, на месте своего прикрепления (вторичная брюшная беременность). Тогда бывают не столько острые разрывы трубной стенки, сколько постепенно развивающиеся разъедания ее в стороне от плаценты, причем сколько-нибудь заметным кровотечением они не сопровождаются.

При оставшейся ненарушенной стенке трубы плодный мешок развивается или на ножке, как опухоль яичника, в сторону свободной брюшной полости, или располагается внутрисвязочно, локализуясь вначале главным образом в малом тазу. При выхождении из трубы остающегося в живых плода оболочки его повидимому всегда разрываются¹, так что плод вначале лежит между кишками или совсем голым или будучи покрыт только остатками яйцевых оболочек.

Если плод (что бывает лишь очень редко) остается в живых внутри или вне трубы до полной зрелости или дольше и своевременно извлекается из живота матери путем лапаротомии, то он может в дальнейшем остаться в живых. Но такие дети вследствие узости пространства, где они развиваются, и их беззащитности против внешнего давления часто оказываются представляющими различные обезображивания и уродства (носолапость, анкилозы суставов, искривления скелета, уродства лица) (рис. 464). Беременность в таких случаях протекает для женщины особенно тяжело. Движения плода в полости живота воспринимаются матерью крайне болезненно, вызывая раздражение брюшины. Упорная рвота и

¹ Это утверждение в такой категорической форме не соответствует действительности. Акуш.-гинек. клин. 2 ММИ располагает препаратом внутрибололочечного положения плода.—И. Ф.

бессонница ведут иногда у матери к резкой кахексии. По истечении срока беременности у женщины ясно наступают сокращения матки, первичальный канал раскрывается до проходимости одного пальца, через него отходит децидуальная оболочка, которая в подобных случаях часто сохраняется до этого времени, затем схватки опять прекращаются, и развиваются явления, свойственные послеродовому периоду (отделение молока, лохии).

До 1923 г. в литературе было описано 295 случаев доношенной внематочной беременности (Розенблат), с 1908 г.—43 сл. с живым плодом (Бонамп). В 26 случаях беременность была доношена в неповрежденной трубе, причем в 3 случаях из них дети остались живыми (Розенблат).

Менструация у женщины через несколько месяцев возобновляется, даже если плод умер в брюшной полости и там остался. Плод, умерший после того, как у него уже образовался костный скелет, не может совершенно распастись путем мацерации и всосаться. В трупе его наступают процессы обратного развития, которые вызываются деятельностью стенки трубы—если последняя осталась целой, или брюшины или кишечной, либо париетальной, а также сальника — если плод лежит свободно в брюшной полости. Прежде всего образуются сращения вокруг тела плода, а затем полное осумование его соединительнотканной оболочкой, которая часто неправильно принимается за первичные плодовые оболочки яйца.

Правильный диагноз ставится в подобных случаях очень редко, иногда только после инструментального повреждения матки (метрейриз); может быть в дальнейшем гистерография даст успех в диагностике таких случаев.

В дальнейшем на трупе плода установлены следующие изменения:

1. Мумификация (высыхание). Этот очень частый конечный исход бывает лишь при условии, если тело плода останется асептичным. Содержимое тела при этом рассасывается, форма же его, кожа, кости, мышцы, сосуды и т. д. сохраняются.

2. Петрификация (обызвествление). Здесь также необходимым условием является отсутствие инфекции. Мумификация представляет предварительную стадию петрификации, которая обыкновенно наступает только при очень продолжительном пребывании плода в полости живота. В оболочках такого плода вследствие тромбоза сосудов и разращения соединительной ткани кровообращение постепенно уменьшается и замедляется. Поэтому в теле плода осаждаются из материнской крови углекислый и фосфорнокислый кальций, и как сам плод может окаменеть (lithoraedion), так и плодный мешок (lithokelyphos). Самое старое наблюдение этого рода было сделано в Тюбингенской женской клинике—это так наз. каменный плод Лейнцеля, найденный в 1720 г. при вскрытии 94-летней старухи, которая носила его в течение 46 лет (Кизер).

3. Скелетирование, при котором остается только скелет в виде кучи обособленных или частью связанных между собой костей. Процесс этот может протекать асептично, а также может быть вызван нагноением и ихорозным распадом в плодном мешке. Последнее встречается значительно чаще.

4. Нагноение и ихорозное распадение. Небольшие повышения температуры являются следствием всасывания при кровотечениях и haematocoele, более же высокие всегда указывают на наступление инфекции. Последняя может проникнуть в яйцо, когда оно находится еще в трубе, а также в гематому и haematocoele после наступившего трубного аборта. Источником инфекции в этих случаях является или матка, которую труба соединяет с плодным мешком или гематомой, или сама труба, почти всегда находящаяся в воспаленном состоянии и содержащая еще очень вирулентные бактерии, или же кишка, для бактерий которой ее сращения с яйцом или с лежащим в брюшной полости кровяными массами образуют мост для перехода. При далеко зашедшей беременности в конце концов почти как правило наступает инфекция со стороны кишок, так как тогда благодаря прочным сращениям с кишечником и механическому давлению со стороны плода, а также концов его костей после скелетирования легко образуются некрозы или прямые повреждения кишечной стенки. Благоприятствующим этому моментом является наступающая внутриматочная беременность. Инфицированное плодоместиле превращается в осумованный внутрибрюшинный абсцесс, который обыкновенно самостоятельно вскрывается в другую, сращенную с ним петлю кишки, в прямую кишку, наружу через брюшные покровы (часто у пупка), в мочевоый пузырь или во влагалище, а иногда одновременно прорывается во многих местах. Так образуются свищи, через которые вытекают разжиженные составные части плодного яйца, кости же скелета выделиться не могут или элиминируются только частично. Вследствие этого нагноение не прекращается, и перфорации означают не начало самоизлечения, но начало общего сепсиса, который исходит из не вполне опорожнившегося плодно-

го мешка. Вместе с гноем через мочевой пузырь или через брюшные покровы иногда выделяются кости или их части. Больные без оперативного удаления источника нагноения обыкновенно погибают. В настоящее время, когда внематочная беременность всякой формы быстро распознается и оперируется, такие конечные исходы ее стали очень редки. Особенно интересны те случаи, в которых прорыв происходит в мочевой пузырь. Их раньше называли «беременностью в мочевом пузыре».

II. БОЛЕЕ РЕДКИЕ ФОРМЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Интерстициальная беременность

При этой форме яйцо застревает в проходящей через стенку матки «интерстициальной» части трубы, имеющей в длину около 4 см и диаметр просвета в 1—1,5 мм. Причиной ее надо считать всегда сильно выраженные здесь внутримышечные ходы (*salpingitis isthmica nodosa, adenomyosis*), в которых яйцо и застревает. Анатомические условия для роста яйца здесь еще неблагоприятнее, чем при истмической форме трубной беременности. Интерстициальный отрезок трубы лежит ближе к задней поверхности дна, чем к передней, и кверху слегка выпукло искривлен. В направлении наименьшего сопротивления кзади яйцо вьедается в мускулатуру и через нее — насквозь. Между полостью матки и расположенной интерстициально полостью яйца обыкновенно остается мышечная перегородка. Большая часть случаев оканчивается в первые 3 месяца разрывом в брюшную полость, причем кровотечение обыкновенно бывает особенно сильным. Иногда наблюдается прорыв и в полость матки. Клиническое течение таким образом большей частью соответствует здесь разрыву трубы и лишь редко — маточному аборту, протекающему с особенно сильными схватками. Мнение, что интерстициальная беременность может развиваться дальше по направлению к трубе или к матке так, что или канал трубы или полость матки вовлекаются в плодовместилище, Верт считает совершенно недоказанным. Марциус наблюдал случай, в котором яйцо, расположенное интерстициально, погибло и там осталось; затем наступила нормально протекавшая внутриматочная беременность, и только потом была произведена экстирпация матки (рис. 459).

В диагностическом отношении важно, что при интерстициальном расположении яйца дно матки принимает косую форму и что придатки на стороне прикрепления яйца отходят от дна матки выше, чем на другой стороне (Puge)¹. Расстояние между трубой и местом прикрепления собственной связки яичника увеличено (Швейцер). Круглая связка отходит медиально от опухоли и ниже ее. От места расположения яйца по направлению к матке можно под микроскопом распознать неизмененный остаток интерстициальной части канала трубы (Верт).

Нечто иное представляет собой так наз. «интрамуральная беременность», при которой яйцо лежит полностью в маточной мускулатуре. Полость яйца не сообщается ни с полостью матки ни с просветом трубы. Как возникает такое расположение яйца, — происходит ли оно благодаря ненормально глубокому вращению его, как при трубной беременности, причем оно совершенно выходит из полости матки и вьедается в ее мускулатуру подобно тому, как то бывает при *pl. accreta*, или дивертикулу матки создает такое предрасположение, или яйцо при своем глубоком вращении наталкивается на комплекс желез, проникающий глубоко в мускулатуру, и при дальнейшем росте следует по ним, — все это совершенно неясно. Таких случаев известно лишь очень мало (Розенталь, Перли).

2. Яичниковая беременность (*graviditas ovarica*)

Оплодотворенное яйцо может имплантироваться или на стенке лопнувшего фолликула, или на стенке выполняющего его желтого тела, или на наружной поверхности яичника в складке *tunicae albuginea* (фон Туссенбек, Франц). В яичниковом плодном мешке отсутствует всякая децидуальная реакция. Обыкновенно уже в первые 6—8 недель при этой форме происходит кровотечение, разрушение яйца и разрыв плодного мешка. Оварийного аборта, аналогичного трубному аборту, повидимому не бывает. Иногда (Вальтер, Зенгер, Фют) беременность после разрыва

¹ Это обстоятельство дает нередко повод смешивать интерстициальную беременность с внутриматочной беременностью с резко выраженным признаком Пискачака. Попытки к выскабливанию «беременной» матки при интерстициальной беременности особенно часты в анамнезе этих больных. — И. Ф.

плодовместилища и выхода из него плода в брюшную полость продолжает развиваться дальше (рис. 460).

Относительно часто по сравнению с трубной беременностью яичниковая беременность без всяких нарушений, без разрыва, с живым плодом протекает до конца повидимому потому, что фолликул представляет довольно объемистое плодовместилище, а также потому, что корковый слой яичника обладает большей сопротивляемостью, чем стенка трубы, и потому что богатство яичника сосудами делает возможным быстрый рост яйца и правильное развитие плацентарного кровообращения (Верг, Фют). Сальник, сигмовидная кишка, широкая связка и матка вовлекаются затем для пополнения и укрепления плодного мешка.

Поставить на основании данных внутреннего исследования дифференциальный диагноз между овариальной и трубной беременностью невозможно. Терапия яичниковой беременности такова же, как и трубной.

3. Яичниково-трубная беременность (*graviditas tuboovarialis*)

Она может возникнуть тогда, когда лопнувший фолликул и канал трубы образуют одну общую полость (как при тубоовариальной кисте). При этом беременность сначала должна быть или яичниковой или трубной, дальнейшее же образование плодовместилища из яичника и трубы может произойти только вторично.

4. Межсвязочная (параметральная) трубная беременность

Вероятно вследствие прививки яйца в разветвлении трубного канала оно может с самого начала имплантироваться вблизи мезосальпинкса и при своем дальнейшем росте, изглаживая широкую связку, развиваться в параметрии (Хене, Батисвейлер). Хене считает вполне бесспорными случаями данной формы внематочной беременности только им описанный случай и случай Вионэ.

5. Беременность на яичниковой бахромке

Самая длинная из всех бахромок, так наз. яичниковая бахромка, бывает иногда так широка, что на ней может произойти дальнейшее развитие яйца. Образование плодовместилища может произойти с помощью соединительной ткани брюшины. При этой форме всегда происходит раннее прерывание беременности. Пока известно лишь 8 случаев внематочной беременности этого рода.

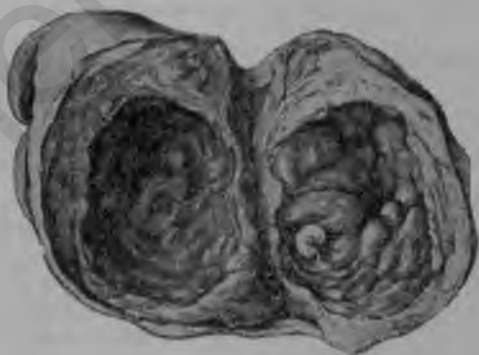
6. Брюшная беременность

При первичной брюшной беременности яйцо с самого начала прививается па брюшине, не находясь ни в какой связи ни с яичником ни с трубой (случай Рихте-



459. Разрыв плодовместилища при интерстициальной беременности (по Зигварту).

а—место разрыва.



460. Яичниковая беременность, внутрifoликулярная прививка яйца (по Зигварту).



461. Первичная брюшная беременность (по Ризтеру). Яйцо сидит на брюшине прямой кишки вблизи левой крестцово-маточной связки.

О—яйцо; L. s.—крестцово-маточная связка; L. o.—собственная связка яичника; T—труба; R—прямая кишка.

Лечение остро угрожающего жизни кровотечения. В таких случаях может спасти жизнь только быстрое вмешательство. Женщины часто поступают в стационар без пульса и без сознания. Наркоз здесь едва ли нужен. Продолжительная дезинфекция брюшных покровов связана с потерей времени и усилением кровотечения и так же нерациональна, как и дезинфекция рук по всем правилам. Смазывание живота йодной настойкой, чистый халат и резиновые перчатки являются достаточной асептической защитой. Разрез брюшной стенки по средней линии открывает целое озеро крови, в котором плавают тонкие кишки. Сгустки крови, закрывающие дорогу, вынимаются рукой, которой затем быстро проникают в малый таз, захватывают матку и высоко вытягивают ее. Благодаря этому становятся доступны ощупыванию и осмотру придатки с той и другой сторон (рис. 462). Кровотокающая труба захватывается зажимами со стороны матки и со стороны стенки таза. Этим кровотечение останавливается. При хорошо налаженном аппарате все это можно сделать в 5 минут. Теперь темп операции может стать медленнее. Главная задача теперь—поддержание, герм. оживание, сердечной деятельности (камфора, кофеин, подкожные вливания солевого раствора с до-

ра, Чижевича, Флейшхауера, Валькера, Рейффершейда, Келера, Зеелигманна, Бруннелли, Потена, Мейера, Тимошенко, Паля). Диагноз путем внутреннего исследования невозможен. Течение такое же, как при разрыве трубы¹ (рис. 461).

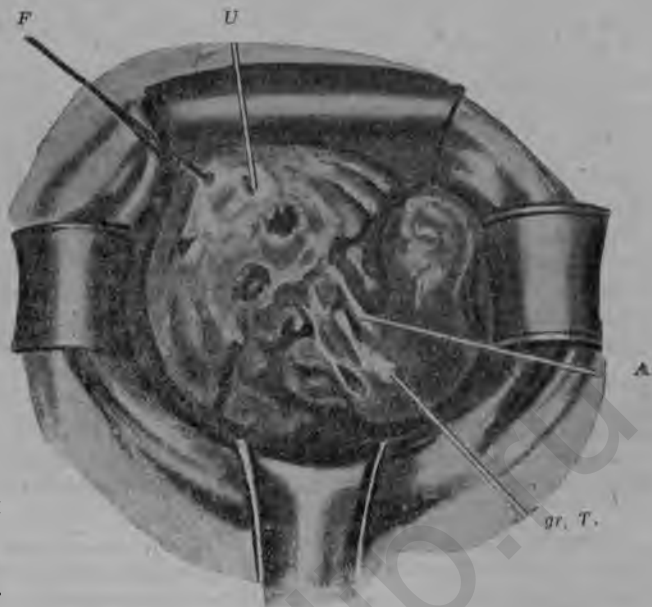
Внематочно привившееся яйцо может, как и внутриматочно привившееся, хотя и гораздо реже, переводиться в пузырный занос и послужить исходным пунктом злокачественной хорионэпителиомы. В отдельных случаях при внематочной беременности наблюдалась эклампсия, притом очень ранняя,—в первые 7 недель (Фрейнд, Маккенродт, Эбелер), а также тяжелая неукротимая рвота, которая прекращалась с прерыванием трубной беременности (Зедельмейер).

Терапия

Правильным лечением всякой внематочной беременности в любой стадии ее развития является ее удаление путем лапаротомии. Из этого правила, как и из всех правил, бывают исключения.

¹ К числу очень редко встречающихся форм внематочной беременности относится также беременность в добавочных трубах (graviditas paratubaria). Вальтхард упоминает лишь о 3 несомненных случаях этого рода. Один подобный случай наблюдался Груздевым и описан Горизонтовым.—В. Г.

бавлением собственной крови больной и адреналина). Если пульс улучшается, то операция заканчивается обычным образом. Труба между зажимами удаляется или, еще лучше, после снятия зажима, наложенного в сторону матки, клинообразно вырезается из дна последней¹. Обе культи перитонизируются с помощью обоих листков широкой связки и круглой связкой же стороны, притянутой в виде петли. Жидкая и свернувшаяся кровь в количестве часто свыше 2 л по возможности без остатка удаляется как из нижних, так и из верхних отделов живота. Брюшные покровы зашиваются этажными швами. После окончания операции нужно продолжать энергично бороться с анемией. Если сердечная деятельность после остановки крови не поднимается, то нужно быстро закончить операцию. Зажимы после удаления зажатого между ними участка трубы заменяются обкалывающим швом. Культи опускаются без перитонизации, вычерпывается только главная масса находящейся в малом тазу крови, и удаляются только самые крупные сгустки ее.



462. Лапаротомия при разрыве правой трубы.

A—сращения. После удаления крови в глубине видна правая беременная труба (gr. T.). Матка (U) удерживается помощью нитки (F), которой она оттянута влево.

Если это вмешательство должно быть сделано в частной квартире и оперировать приходится совершенно неопытному врачу, то нужно ограничиться самым необходимым. Там, где лежат оба зажима, накладывают два глубоких обкалывающих шва, затем после снятия зажимов брюшная рана закрывается сквозными, проходящими через все слои брюшной стенки швами. От удаления трубы, от перитонизации места разрыва, удаления крови и этажного шва брюшных покровов нужно при этом отказаться.

Яичник на пораженной стороне обыкновенно можно сохранить, оставлять же части разорванной трубы неправильно.

За это говорят случаи внематочной беременности, которые были установлены после безуспешных стерилизующих операций на трубах (перевязка труб, резекция и удаление их), даже после надвлагалищной ампутации (Липман) и полной влагалищной экстирпации матки. Малейшего свища от лигатуры достаточно для проникновения спермий, которые могут встретить яйцо, несмотря на затрудненный и многократно прегражденный путь. Если после удаления трубы останется культи ее, то яйцо может укрепиться в ней; если труба из-за трубной беременности уда-

¹ Последнее замечание обязательно во избежание рецидива эктопической беременности в оставшейся интрамуральной части трубы (случай Хермана).—И. Ф.

лена полностью, то на этой же стороне может затем развиваться овариальная беременность (Купфер).

Консервативное предложение¹—найденный при лапаротомии неполный трубный аборт (кровяной занос) превращать в полный путем удаления содержимого трубы с оставлением последней—подражания не нашло.

Другую трубу,—если даже она изменена, представляет напр. изменения, характерные для salpingitis isthmica, но ее абдоминальный конец еще открыт,—нужно оставлять. Вполне возможно, хотя и вовсе не неизбежно, что позднее в ней тоже может развиться внематочная беременность, но приблизительно в 40% случаев по Ленбургу несмотря на такие изменения в трубе у женщины наступает внутриматочная беременность. Закрытые мешки пюссальпинксов нужно понятию удалять, так как они могут только вредить, а не приносить пользу.

В моем материале (Гудден) за 1910—1921 гг. (432 случая) в 22 случаях, т. е. в 5,1%, наступила внематочная беременность. Дитрих на 4 526 случаев из литературы нашел повторную внематочную беременность в 4,7%, а в 28%—последовавшую затем внутриматочную беременность, так что третья часть оперированных потом стала опять беременна. Таким образом на 1—2 повторных внематочных беременностей приходится 5—11 внутриматочных.

Излившуюся в брюшную полость кровь рекомендуется удалять, потому что в тяжелых случаях брюшина или совсем больше не всасывает или всасывает только очень мало, и свернувшиеся кровяные массы не могут служить для замещения крови. Они осумковываются благодаря пластическому перитониту и медленно рассасываются. Следовательно брюшине эти сгустки дают большую работу, а своими продуктами распада может быть действуют на организм даже ядовито (Верт, Брезе) и кроме того представляют для попадающих при лапаротомии зародышей особенно благоприятную питательную среду².

Опасность позднего ileus'a при этом также больше, чем после удаления крови. Свернувшаяся кровь может иногда еще неделями прощупываться как большая опухлевидная масса, особенно в левой подреберной области, и может даже подать повод к смешению с лейкемическим опуханием селезенки.

Абсолютно неправильно откладывать операцию по поводу внематочной беременности из-за тяжелого шока, как рекомендуют некоторые авторы. Напротив, чем тяжелее шок, тем операция нужнее, тем быстрее нужно ее провести. В таких случаях уже перед лапаротомией можно начать делать внутривенное вливание. Старое правило—сперва остановка кровотечения, затем замена крови (вливание)—в таких случаях не годится.

Во время лапаротомии в подобных случаях показано обратное введение в вену собственной, вычерпанной из брюшной полости крови больной с добавлением лимоннокислого натрия для предохранения крови от свертывания (реинфузия по Тису). Вычерпанная кровь наливается в ирригатор через большую стерильную, высланную двойным слоем стерильной марли стеклянную воронку. Для впрыскивания берется 200 см³ крови, 500 см³ рингеровского раствора и 2,0 лимоннокислого натрия (Бумм, Нюрнберг)³.

¹ Предложение это было сделано у нас Оттом, который рекомендовал удалять яйцо через абдоминальное отверстие трубы кюреткой.—В. Г.

² Груздев в последнее время принял за правило оказавшиеся в брюшине кровяные сгустки удалять, жидкую же свежую кровь оставлять в брюшине.—В. Г.

³ Очень хорошие результаты Груздев получил также от применения в подобных случаях промываний брюшины искусственной стерильной сывороткой, т. е.

Переливание собственной крови может вызвать сильную реакцию (ускорение дыхания, сердечные симптомы—анафилактический шок), почему оно должно применяться только при действительно угрожающем для жизни и состоянии больной. Женщина с внутрибрюшинным кровотечением вследствие внематочной беременности, поступающая на операционный стол еще живой, должна и остаться живой.

Лечение кровотечения, не угрожающего жизни (трубный аборт, haematocele). Трубный аборт является своего рода самоизлечением внематочной беременности. Когда haematocele retrouterina уже образовалась, опасность кровотечения и обескровливания больной обыкновенно является уже миновавшей, особенно если отпадающая оболочка матки выделилась целиком. Впрочем этим полное исцеление больной еще не достигается. Находящиеся в малом тазу кровяные массы создают уже чисто механически значительные расстройства, именно вызывают давление на прямую кишку и в течение многих месяцев требуют для своего рассасывания фибринопластической деятельности брюшины. Рассасывание притом не всегда совершается полностью, без остатка. После больших заматочных кровяных опухолей остаются сращения и спайки, которые могут вызвать дальнейшие расстройства. При консервативной терапии выздоровление требует таким образом длительного пребывания больной в постели и продолжительного врачебного контроля. Рассасывание можно ускорить применением тепла (компрессы, электрические нагревательные приборы, сидячие ванны, теплые влагалитные души), лучше всего действует в таких случаях диатермия¹ (один электрод во влагалитце, другой—на живот). Все эти меры надо однако применять только тогда, когда haematocele остается такой же величины, как и раньше, и когда есть полная уверенность, что кровотечение из трубы уже закончилось, т. е. спустя лишь много недель после начала кровотечения².

Нарушения в процессах обратного развития заматочной кровяной опухоли могут обуславливаться:

1. Последовательными кровотечениями, возникающими самопроизвольно или вследствие каких-либо неправильных действий (слишком раннее вставание больной, преждевременно начатая рассасывающая терапия, особенно массаж, которого нужно всегда в этих случаях избегать). Благодаря этим мероприятиям оболочка кровяной опухоли может разорваться, что ведет к кровоизлиянию в свободную брюшную полость.

раствором тех минеральных солей, какие содержатся в плазме человеческой крови, причем соли эти берутся в тех же пропорциях, в каких они содержатся в плазме. Влив в брюшную полость значительное количество этой сыворотки, Груздев перемешивал ее с кровью, затем удалял смесь компрессами; такое вливание и вычерпывание повторялись несколько раз, последняя же порция сыворотки оставалась в брюшине. Хорошие результаты от таких промываний получили при внематочной беременности и другие авторы, применявшие этот метод, напр. Львов.—В. Г.

¹ Еще энергичнее действует рассасывающим образом грязелечение в форме сидячих грязевых ванн, грязевых обертываний, рукавных грязевых тампонов и т. п.—В. Г.

² Кровотечения могут возобновиться и спустя продолжительное время после состоявшегося трубного аборта. Причина этих рецидивирующих кровотечений кроется в наличии еще «функционального живого» трофобласта. Последний проникает в соседние органы (кишку), может дать значительные кровотечения из полых органов, чем еще более осложняется клиническая картина (случай, наблюдавшийся в акуш.-гинекол. клинике 2 ММИ). Критерием гибели трофобласта и тем самым некоторой возможности выбора между оперативной и консервативной терапией в настоящее время может служить отрицательный результат реакции Ашгейм-Цондека с мочой больной.—И. Ф.



463. Доношенная внематочная беременность.

В удаленном плодном мешке, состоящем из соединительно-тканной оболочки, развившейся из брюшины, лежит давно уже умерший, сильно сдавленный плод. Головка его слева выступает из плодного мешка.

Предпочтения перед выжидательной терапией, при которой полного рассасывания может еще не наступить даже спустя месяцы и при которой часто остаются спайки, боли и различные расстройства.

Я принципиально рекомендую и здесь лапаротомию, при которой, смотря по особенностям случая, удаляют или только haematocеле или также и abortирующую трубу. Ложе haematocеле при этом тщательно осматривают и либо оставляют открытым в брюшную полость либо закрывают швами, а в случае надобности проводят дренаж из заднего дугласа во влагалище.

Предпочитаемое многими вскрытие haematocеле через задний свод заслуживает по моему мнению предпочтения только в том случае, если содержимое его инфицировано (лихорадка, нахождение бактерий в haematocеле путем посева предшествовавшей пункции). В этих случаях лапаротомия была бы связана с опасностью перитонита, каковой при вагинальном вмешательстве нет.

Техника этого вмешательства очень проста. Проведенным через задний влагалищный свод продольным разрезом рассекают стенку рудана над самым глубоким пунктом нижнего полюса кровяной опухоли, затем вводят через разрез корнпанг, проникают им в опухоль и сильно раздвигают его ветви, благодаря чему образуется большое отверстие для стока крови. Удалить последнюю не требуется, можно только легко доступные сгустки удалить осторожно пальцем. В заключение применяется тампонада или дренаж. Промывания, если и делать, то надо только через 6—8 дней, когда можно уже ожидать стойкого, со всех сторон сращения мешка кровяной опухоли с влагалищной раной, причем для этих промываний лучше брать 2% борный раствор.

Лечение ненарушенной внематочной беременности. Полное рассасывание очень молодых яиц или небольших кровяных заносов внутри трубы вероятно бывает очень часто, но проникает без симптомов и тогда совершенно не поддается диагнозу. Большой величины кровяные заносы часто принимаются за воспалительные опухоли придатков; их с успе-

2. Благодаря инфицированию кровяной опухолью из кишок, которое ведет к разложению кровяных масс, лихорадке, сильным болям, при дальнейшем выжидании создается опасность общей инфекции.

В обоих случаях необходимо понятию прибегнуть к оперативному вмешательству. При несложненной заматочной кровяной опухоли результаты этого вмешательства бывают настолько благоприятны, что операция как более быстро ведущее к цели лечение заслуживает в общем предпо-

хом лечат⁷ рассасывающими средствами или после правильного или неправильного диагноза оперируют. Обычный прием операции при этом — сальпингэктомия. Трудности возникают при дальнейшем прогрессировании беременности в трубе или после выхода плода в брюшную полость, причем эти трудности бывают тем больше, чем дольше беременность прогрессировала. Попытку дать в таких случаях плоду возможность достигнуть жизнеспособности ввиду описанной уже неполноценности таких детей и все увеличивающейся с каждым днем опасности для матери нужно считать ошибкой, и на основании новых исследований Лихтенштейна такой консерватизм не может быть рекомендован. После диагноза, установленного с помощью



464. Доношенная внематочная беременность (тот же препарат, что и на рис. 463).

Плодный мешок удален, плод переносец, сильно сдавлен, плацента разрезана.

лучей Рентгена, и даже после диагноза, установленного только с вероятностью, нужно, не откладывая, прибегнуть к лапаротомии. Выполнение операции труднее и опаснее всего, если плод, находящийся в брюшной полости и достигший конца беременности, еще жив, и тем легче, чем больше прошло времени от момента смерти его до операции.

Причина такой разницы в степени опасности лежит в различном состоянии плаценты. При живом еще плоде она функционирует в полном объеме, причем область распространения ее сосудов кроме первичного места прикрепления может распространяться на тазовую брюшину, на серозную оболочку и брыжейку соседних кишечных петель, даже на печень или селезенку. Вследствие образования анастомозов с сосудами этих органов оперативное отделение плаценты в подобных случаях может привести к колоссальному кровотечению, остановка которого с помощью наложения лигатур не всегда бывает возможна. Иногда остановить кровотечение удастся только с помощью тугой тампонады или вовсе не удастся, так что женщина гибнет от потери крови. После смерти же плода плацентарное кровообращение постепенно прекращается, анастомозы с сосудами застывают, и технические трудности уменьшаются по мере того, как они ограничиваются первоначальным местом прикрепления яйца. Можно тогда совершенно избежать опасного акта отделения плаценты, заменив его удалением всего плодного мешка, включая и тот участок его, к которому прикреплена плацента. При этом иногда вместе с соответствующими придатками приходится удалять часть матки или даже все ее тело. Операция проходит в таких случаях как тяжелая овариотомия. При отделении оболочек плодного мешка от их сражений важно избегать места прикрепления плаценты, затем образовать ножку для опухоли, представляемой плодом, и только под конец, когда такая мобилизация допускает хороший осмотр малого таза и основания плододвместилца, надо предпринимать его постепенное отделение от матки или вместе с маткой, перевязывая внутренние семенные сосуды и избегая повреждения мочеочочника.

Если плод умер давно, то нужно всегда производить эту радикальную операцию, которая представляет принципиальные преимущества перед старым более консервативным лечением, состоящим во вскрытии плодного мешка, если таковой имеется, извлечения плода, пришивании краев плодного мешка к брюшной ране, его тампонации или дренирования с повторными промываниями в послеоперационном периоде.

Отрицательные стороны только что указанной операции заключаются в очень продолжительном течении послеоперационного периода, сомнительном прогнозе вследствие возможности разложения плодного мешка и повторного тяжелого кровотечения при постепенно совершающемся отделении и отхождении плаценты, затем в последующем образовании грыж брюшной стенки. Ввиду всего этого данную операцию надо применять только по необходимости, в тех случаях, когда полное удаление плодного мешка является слишком опасным или вовсе невыполнимым.

Относительно лечения внематочной беременности с помощью рентгеновских лучей (Френкель, Хиршберг) говорить пока еще не приходится; для оценки такого способа у нас нет достаточных данных.

Литература

J. Veit, Handbuch der Geburtshilfe von Döderlein. II. Aufl. 1924.—R. Werth, Handbuch der Geburtshilfe von v. Winckel.—Höhne, Biologie u. Pathologie des Weibes, Halban u. Seitz, Bd. VII, 1928.

Этиология: Höhne, Archiv f. Gyn., Bd. 107.—Pankow, Zentralbl. f. Gyn., 1925, Nr. 30, Arch. f. Gyn., Bd. 125.—Vichtenstein, Zentralbl. f. Gyn., 1920, Nr. 25.

Трубная беременность: Ekler, Archiv f. Gyn., 1921, Nr. 5.—Höhne, Zentralbl. f. Gyn.—1923, Nr. 1.—Penkert, Anat. Hefte, Bd. 43, 1911.—Walthard, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 69, H. 3.

Межсвязочная беременность: Höhne, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 2.

Яичниковая беременность: v. Jaschke, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 78.—Micholitsch, Zentralbl. f. Gyn., 1927, Nr. 41.—Kraff, Gyn. Rundschau, Bd. XI.—Liebe, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 54.

Брюшная беременность: Czyzewicz, Archiv f. Gyn., Bd. 97.—Fleischhauer, Zentralbl. f. Gyn., 1917, Nr. 27.—Gräfe, Zentralbl. f. Gyn., 1914, Nr. 1.—Richter, Archiv f. Gyn., Bd. 96.—Wähnelde, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 15.—H. A. Dietrich, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 14.—T. Guden, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 41.

Диагностика: Brakemann, Zentralbl. f. Gyn., 1925, Nr. 30.—Soinij, Zentralbl. f. Gyn., 1913.—Zurhelle, Zentralbl. f. Gyn., 1912, Nr. 36 (Röntgenbild).—P. Klein, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 2.—Groszlik, Zeitschr. f. Gyn. Urologie, Bd. 3, H. 5.—Stöck, Zentralbl. f. Gyn., 1919, Nr. 12.

Двойни: v. Neugebauer, Zur Lehre von der Zwillingschwangerschaft mit heterotopem Sitz der Früchte (ein Ei im Uterus, das andere extrauterin), Leipzig, 1907 (Kasuistik von 171 Fällen).

Хориоэпителиома после внематочной беременности: Rossier, Archiv f. Gyn., Bd. 96.

Экламсия при трубной беременности: Ebeler, Zentralbl. f. Gyn., 1916, Nr. 43.

Переливание крови: E. v. Arnim, Zentralbl. f. Gyn., 1918.—Lichtenstein, Münch. med. Wochenschr., 1915, Nr. 47 und Zentralbl. f. Gyn., 1918; Archiv f. Gyn., Bd. 109.—Thiess, Zentralbl. f. Gyn., 1914, Nr. 34.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

М. Вальтхард (Цюрих)

1. ПОСЛЕРОДОВЫЕ БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ И ПЛОДА

А. ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ (ИСТОРИЧЕСКИЕ И СТАТИСТИЧЕСКИЕ)

Эпидемии пuerперальных заболеваний были известны издавна. В XVII в. подробно описаны подобные эпидемии в больших городах, каковы Париж (1660) и Лейпциг (1665); в XVIII в. подобные же эпидемии наблюдались в Лондоне (1750 и 1761), Эдинбурге (1772) и Берлине (1778). Даже до середины XIX в. в родовспомогательных заведениях больших городов отмечались внутрибольничные эндемии, смертность при которых превышала 10%.

Как свирепствовали эти опустошительные внутрибольничные эндемии, показывают статистические данные Вены (1846—1848 гг.): смертность здесь достигала в 1-м отделении родильного дома (некоторые месяцы) 40% всех рождений.

Причину этих эпидемий, как и спорадических заболеваний, врачи континента до второй половины XIX в. искали в загрязнении родовых ран ядами, возникающими вне организма роженицы и независимо от него (миазма происходит от греческого слова *μῆλον*—загрязнению).

В Англии и в находившейся под ее влиянием Америке врачи уже в XVIII в. (Уайт в 1772 г. и Гордон в 1795 г.) видели причину пuerперальных заболеваний в загрязнениях, которые возникают самостоятельно в организме больных родильной горячкой женщины и переносятся на здоровых родильниц и рожениц неизвестными путями (*contagium*—от латинского слова *contingere*—касаться). Поэтому английские врачи причисляли пuerперальные заболевания к инфекционным (*contagiosum*) заболеваниям, как оспа, скарлатина, корь и др.

Случайное проникновение загрязнений миазматической или contagiозной природы в тело здоровой родильницы все врачи объясняли существованием особого предрасположения (*диспозиция*) в организме заболевшей. Большое количество заболеваний во время эпидемий приписывалось влиянию неизвестных сил на общую восприимчивость родильниц. При этом авторы указывали как на причину заболевания то на неизвестные перемены в окружающем мире (теллурические влияния), то на перемены в атмосфере (атмосферные влияния), то на процессы, происходящие во вселенной (космические влияния). Влияние их на восприимчивость родильниц по мнению авторов и вело к эпидемиям послеродовых заболеваний. Эти предположения выливались в умах врачей того времени в понятие о так наз. *genius epidemicus*. Полное непонимание истинной этиологии пuerперальных заболеваний связывалось также в определении пuerперальных заболеваний как заболеваний эссенциальных, хотя никто не мог точно объяснить термина «эссенциальный». В учебных оперативного акушерства до второй половины XIX в. не было точных указаний на предохранение женщин от пuerперальных заболеваний.

Э т и о л о г и я заболеваний долго не возбуждала поэтому интереса, и авторы, далекие от того, чтобы признать различные патологоанатомические изменения различными проявлениями одного и того же заболевания, говорили о большом количестве различных, не стоящих между собой ни в какой связи заболеваниях, напр.: о метрите, перитоните, лимфангите, флебите, послеродовом артрите и т. д.

На значение перенесения заразного начала третьим лицом независимо от времени года, погоды и других неучитываемых влияний указывало однако все яснее и яснее огромное повышение процента смертности в тех родильных домах, где роженицы и родильницы служили учебным материалом для врачей.

Что основное значение в этом отношении имели не механические моменты (неизбежные повреждения слизистой неопытными и невнимательными исследователями), свидетельствовала относительно низкая средняя смертность в учреждениях, которые служили для целей обучения акушерок.

Смертность от пuerперальных заболеваний в 1-м отделении большого бесплатного родильного дома в Вене, служившего для целей обучения врачей, достигала в 1840—1847 гг. в среднем 7,5%, тогда как во 2-м отделении, служившем для целей обучения акушерок, за те же годы она равнялась лишь 2,5%.

На прямой перенос заразного начала указывало особенно возникновение целых серий заболеваний со смертельными исходами в следовавших друг за другом случаях, где производилось влагалищное исследование рожениц руками, которые непосредственно перед этим соприкасались с инфицированным отделяемым влагалища и ран.

Наконец на прямой перенос заразного начала с тяжелых септических больных указывал тот факт, что врачи, случайно поранившие себя при вскрытиях этих больных, также погибали. При этом клиническое течение у них было таково же, как и при родильной горячке, а равно и патологоанатомические изменения различных органов оказывались такими же, какие можно было наблюдать при вскрытиях женщин, погибших от пuerперальных болезней. Все это исчерпывающим образом указывало на связь заболеваний, имевших место в тех или других случаях.

Истинную этиологию пuerперальных заболеваний впервые выяснил наконец во всем их клиническом значении Игнатий Филипп Земмельвейс (род. в 1818 г., умер в 1865 г.). Он сформулировал свои наблюдения в положении, не утратившем своего значения и по настоящее время, что «пuerперальные заболевания возникают путем прямого переноса через соприкосновение раневого секрета гнойных и гнилостных ран на свежие послеродовые ранения». Положение это Земмельвейс высказал еще в самом начале своей клинической деятельности в качестве ассистента 1-го врачебного отделения Венского бесплатного родильного дома в 1846—1849 гг.

Все свои наблюдения, сделанные в этом направлении в течение трехлетней ассистентской работы, он изложил в диссертации, которую в 1850 г. доложил в О-ве венских врачей, обосновал и защищал во время дискуссии.

Для избежания пuerперальной инфекции он рекомендовал применять наряду с существовавшим прежде физическим очищением водой и мылом и химическое очищение—дезинфекцию—всего того, что приходит в соприкосновение с роженицей, в особенности врачебных инструментов и рук родовспомогательного медицинского персонала. В качестве такового химического очистителя—дезинфицирующего средства—он предложил хлорную воду или хлорную известь.

На значение переноса заразного начала родильной горячки на здоровых рожениц несколько раньше обратил также внимание в Америке Оливер-Вендель Холмс. Но Холмс не доказал так ярко, как Земмельвейс, исключительного значения переноса этого начала путем соприкосновения с половыми органами рожениц и родильниц пальцев, инструментов и других предметов, на которых имеются возбудители родильной горячки. Механизм этого переноса Холмс представлял себе так же, как это бывает при скарлатине, кори, оспе и других болезнях.

В целях профилактики Холмс впервые в 1849 г. рекомендовал неинфицирование (noninfection). Михаэлис в Киле и Книлэнд в Бостоне примкнули к учению Земмельвейса и Холмса.

Благодаря развитию техники микроскопирования настолько, что этим путем стало возможно обнаруживать присутствие микроорганизмов, удалось установить, что воспалительные заболевания, в особенности гнойные, обуславливаются попаданием бактерий в живые ткани и размножением их здесь. Сообразно с этим были исследованы на присутствие микроорганизмов кровью и гноем из брюшной полости и отделяемом половых органов у больных послеродовыми инфекционными заболеваниями и умершего родовспомогательного персонала (Тарнье, Вьюлиан, Орт).

Пастеру оставалось посеять на искусственных средах те микроорганизмы, которые были обнаружены под микроскопом, вырастить их чистые культуры и показать путем переноса последних на опытных животных, что инфекционные заболевания могут быть экспериментально вызваны таким же образом, как и путем переноса гнойного отделяемого ран. Он впервые установил, что изолированный им в чистой культуре цепочечный кокк (стрептококк: *στρεπτοκος*—по-гречески цепочка, *κοκος*—верно) является главнейшим возбудителем послеродовых инфекционных заболеваний. Этим самым была разбита теория эссенциальной миазматической лихорадки.

Произведенные в течение периода с 1882 по 1892 г. в большом числе экспериментальные и клиничко-бактериологические исследования привели к убеждению, что стрептококк является не только главным возбудителем смертельно протекающих пuerперальных лихорадочных заболеваний, но одновременно возбудителем и более благоприятно протекающих форм последних, напр. послеродовых язв на наружных половых органах, пuerперального эндометрита, пuerперального параметрита и т. д. Сравнительное изучение стрептококковых инфекций в других частях тела показало (Нох), что стрептококковая родильная горячка отличается от этих заболеваний лишь местом первоначального поражения. Возбудители заболеваний, их морфология и биология на искусственных средах, их распространение в организме и общее течение болезней при всех стрептококковых инфекциях в общем одинаковы.

Особенно доказательными для установления идентичности причин болезни при различных ее локализациях были наблюдения над врачами и акушерками со свежими ранами на ладонях и пальцах. Если врач, акушерка или сестра со свежими повреждениями, ухаживая за лихорадящими родильницами, приводили в соприкосновение свои свежие раны с отделяемым половых органов этих больных, то на ладонях скоро развивалась флегмона, на руке—лимфангоит с переходом в общий сепсис или без такового. Бросалось в глаза при этом то обстоятельство, что одно и то же раневое отделяемое с одними и теми же бактериями, будучи перенесено на различных людей, вызвало самые различные формы заболевания.

Экспериментальные исследования показали возможность роста вирулентности микроорганизма для одного и того же вида животного при пассажах через представителей того же вида. Исследования эти выяснили различие в тяжести болезненных форм и развитии тяжелых форм из легких, равно как и скопление тяжелых, смертельно протекающих заболеваний в течение эпидемий.

Отсюда возникло понятие вирулентности—понятие, которое неидентично со способностью возбудителя вызывать болезнь, а означает различную степень реакции. Различные картины заболеваний в отдельных случаях отвечают различным степеням вирулентности. Причина заболевания однако лежит в рамках инфекционной болезни, напр. в случаях стрептококковой или стафилококковой инфекции несмотря на все разнообразие клинических форм заболеваний причина бывает одна и та же.

Бактериологические исследования крови за последние годы также дали возможность уяснить единство причины заболевания при различных формах его. Путем большого числа посевов крови на искусственных средах (Шоттмюллер) было гораздо чаще, чем раньше, доказано единство болезнетворного возбудителя при различных формах септических заболеваний. Наличие возбудителей болезни в циркулирующей крови является наиболее важным критерием для всей группы септических заболеваний.

Существование пuerперальной лихорадки в настоящее время определяется следующим образом.

Послеродовыми лихорадочными заболеваниями являются те септические болезни, при которых преимущественно гноеродные кокки проникают во время беременности, родов и послеродового периода из половых органов женщины в кровеносную и лимфатическую системы женского организма и размножаются в его тканях.

Остается однако трудно объяснимым, каким образом даже те пuerперальные заболевания, которые после основательной механической очистки матки спринцеваниями дают быстрое ослабление клинических проявлений, могут быть вызываемы теми же микробами, как и заболевания, которые несмотря на основательную чистку ведут к длительным заболеваниям, а иногда и к смерти. Отсюда возникла необходимость разделить эти клинически столь различные формы заболевания. За отсутствием этиологической разницы авторы проводили разделение, опираясь на различное клиническое течение заболеваний, главным же образом проводили его *ex juvantibus*, т. е. основываясь на благоприятном течении заболевания после очистки полости матки. Зловонный запах отделяемого половых органов, которым нередко сопровождаются невинные заболевания, пришел на помощь при формулировке этого разделения. Для отличия от пuerперальной лихорадки эти невинные заболевания были обозначены названием гнилостного разложения, сапремии (Шпигельберг, Дункан).

Увязывание клинически невинных заболеваний с понятием гниения привело только к путанице. С одной стороны, врачи полагали, что возбудителями гнилостного запаха являются гнилостные бактерии, которые в состоянии вести в лохиях и в задержавшихся частях плодного яйца исключительно сапрофитный образ жизни; с другой стороны, господствовало представление, что только гнилостные бактерии ведут сапрофитный образ жизни в то время, когда все принадлежащие к группе гноеродных кокков бактерии без исключения обладают способностью проникать из отделяемого половых органов в живые ткани.

Против этих взглядов выступил уже в 1891 г. Бумм, найдя в 6 из 9 сл. разложившихся плацентарных остатков стрептококков. В 1897 г. Крениг выделил из «чрезвычайно сильно зловонных лохий» микроорганизм, который под микроскопом ничем не отличался от стрептококка. После внутриматочного спринцевания все клинические явления быстро исчезали. В разводах стрептококк этот оказался облигатно-анаэробным. В 1899 г. Менге и Крениг показали, что возбудитель гнилостного запаха может в то же время вызывать смертельно протекающие пuerперальные заболевания. Наконец я в 1902 г. показал, что штаммы из группы обыкновенных гноеродных кокков (факультативно-анаэробные стрепто- и стафилококки) могут терять свою способность внедрения в живые ткани без того, чтобы одновре-

менно терять свою способность размножаться в мертвой субстанции и действовать в качестве яда. В настоящее время мы знаем, что среди микроорганизмов, которые ведут к развитию зловонных газов, находятся и такие, которые обладают способностью проникать в живые ткани. С другой стороны, наоборот, мы знаем, что микроорганизмы, которых нельзя отличить ни морфологически ни бактериологически от группы возбудителей смертельно протекающих послеродовых заболеваний, могут вести сапрофитный образ жизни в отделяемом ран клинически здоровых родильниц.

Может ли микроорганизм-сапрофит в течение одного и того же заболевания постепенно приобретать способность проникать в живые ткани своего хозяина и превратиться в микроорганизм—паразита,—до настоящего времени еще не решено.

До 1860 г., т. е. до того времени, пока учение о переносе возбудителей пuerперальной инфекции руками персонала и инструментами не стало общепризнанным, не было никаких целесообразных правил для предохранения от пuerперальных заболеваний. Средняя смертность в родильных домах достигала еще в середине 60-х годов 6% и выше.

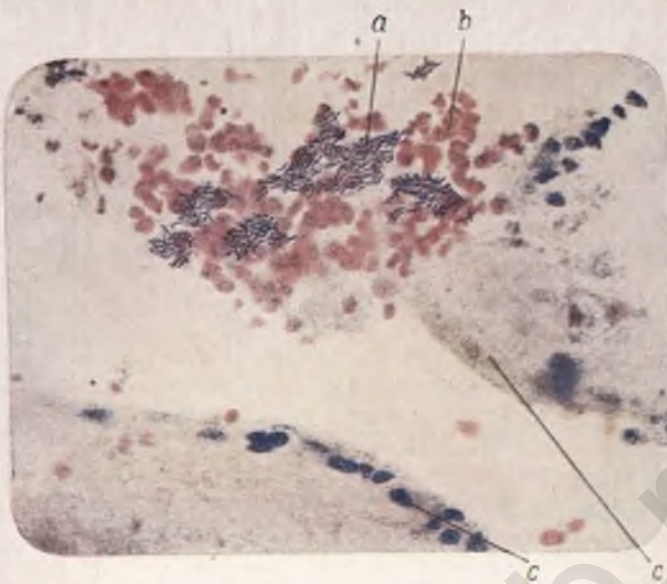
Вместе с выяснением механизма переноса заразного начала из отделяемого половых органов больных родильниц на рожениц и только что разрешившихся были установлены правила предупреждения пuerперальных заболеваний. Эти правила и до настоящего времени применяются при всех заразных, но не всегда в этом отношении ясных заболеваниях. Заболевшие родильницы должны быть немедленно отделены от здоровых. Изоляция должна быть полной путем организации особого врачебного наблюдения, выделения особого ухаживающего персонала и предметов ухода. Врачам и ухаживающему персоналу должно быть запрещено посещать родильную комнату или палаты здоровых родильниц, наоборот, персоналу палат для больных родильниц должен быть запрещен доступ в родильную комнату. Таким образом избегается возможность переноса инфекции от больных к здоровым. Меры эти дали ощутительные результаты. Так, Тарнье отмечает, что единственно благодаря правилам изоляции еще до введения дезинфекции средняя смертность в *Maternité* в Париже упала с 9,3 до 2,3%. Дальнейшее улучшение наступило после введения практики дезинфекции рук и инструментов.

Необходимо было однако большой промежуток времени, чтобы результаты этих мероприятий стали очевидными. Это вполне понятно. Большинство врачей, пользовавшихся прежде методами антисептики, представляло себе их эффект в виде *deux ex machina*. Соответственно этому представлению они довольствовались лишь поверхностным и кратковременным смачиванием своих рук антисептическими растворами. Что при этих условиях не может быть и речи о каком-либо дезинфицирующем действии антисептических средств, не нуждается в подробных доказательствах, особенно с тех пор, как мы знаем, что микроорганизмы сохраняют свою способность развиваться даже после 30-минутного пребывания в водном растворе сулемы 1 : 1000, их способность проникать в живые ткани при этом лишь слегка ослабляется. Только с развитием бактериологии и введением ее в учебный план медфаков врачи получили полное представление об антисептике. Они не только изучили влияние антисептических средств *in vitro*, но и значение правильного, без пробелов, чередования каждого отдельного дезинфекционного мероприятия. Благодаря этому только в последнее десятилетие истекшего столетия средняя смертность в родильных учреждениях пала до 1 на 1 000.

По обширной статистике Херфа материнская смертность колебалась в конце истекшего столетия как в клиниках, так и в родовспомогательных заведениях больших городов между 1 и 3 на 1 000. Она и в настоящее время всюду колеблется около 1,6 на 1 000. Что и в настоящее время еще можно наблюдать в больших акушерских клиниках тяжелые внутрибольничные эндемии пuerперальной инфекции, показывает эндемия в *Sloan Hospital* в Нью-Йорке (США), имевшая место в 1927 г. и длившаяся с 16/1 по 27/II. Среди 136 только что разрешившихся женщин заболели 24 и 8 из них умерли. Один новорожденный умер от рожи. Среди ухаживающего персонала одна сиделка получила стрептококковую инфекцию на руке, другая заболела стрептококковым перитонитом.

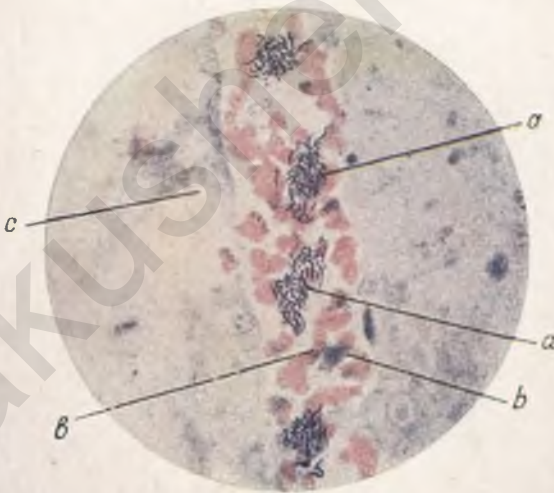
Б. БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Бактериальные заболевания половых органов у беременных, рожениц и родильниц делятся на 2 группы. Первая группа обнимает заболевания, которые вызываются бактериями, размножающимися исклю-



465. Наводнение яйцевых оболочек и плаценты сапрофитными стрептококками. IV месяц беременности. Стрептококки находятся в межворсинчатом пространстве.

a—стрептококки, *b*—красные кровяные шарики; *c*—синцитий ворсинки. Препарат *in vivo*, полученный после экстирпации беременной матки (полусхематически).



466. Наводнение яйцевых оболочек и плаценты сапрофитными стрептококками. IV месяц беременности. Перенос бактерий внутри маточной вены.

a—бактерии; *b*—красные кровяные шарики текущей крови; *c*—неповрежденная стенка прекапиллярной маточной вены без всякой воспалительной инфильтрации. Препарат *in vivo*, полученный после экстирпации беременной матки (полусхематически).

чительно в отделяемом половых органов, околоплодных водах и частях яйца. Они ведут в теле беременных, рожениц и родильниц исключительно сапрофитный образ жизни. Это — возбудители пuerперальной бактериальной интоксикации.

Вторая группа включает в себе заболевания половых органов, возникающие вследствие проникновения бактерий, обладающих свойством внедряться в живые ткани своего хозяина. Размножаясь в этих тканях, они ведут паразитарный образ жизни. Это — возбудители пuerперальной бактериальной инфекции, так наз. послеродовой лихорадки или родильной горячки.

К этому необходимо добавить, что только что отмеченные различия в отношении возбудителя болезни к своему хозяину могут быть приняты лишь для отдельных случаев¹. Можно перенести из отделяемого половых органов одной больной живые штаммы сапрофитов на раневую поверхность другой, и там они разовьются как паразиты. А может быть и обратное — паразиты одной больной становятся при переносе их на другую сапрофитами.

В дальнейшем я пользуюсь терминами «сапрофит» и «паразит» в таком же смысле, в каком в бактериологии применяются выражения «вирулентный» и «авирулентный». Они для наших целей являются более характерными.

1. Пuerперальная бактериальная интоксикация²

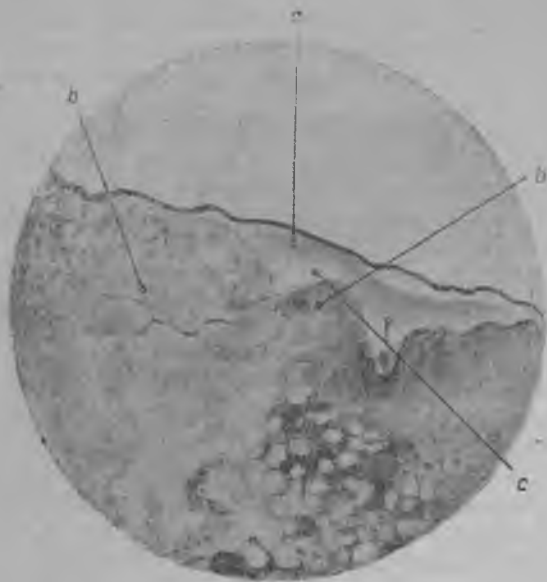
Заболевания беременных, рожениц и родильниц, вызываемые бактериями, обладающими способностью размножаться исключительно в отделяемом половых органов, в околоплодных водах и в частях плодного яйца, до настоящего времени носили следующие названия: «сапремия», «путридная интоксикация», «чистая раневая интоксикация», «резорбционная лихорадка», «ретенционная лихорадка». Все эти названия в настоящее время неприемлемы. Они соответствуют прошлому состоянию наших знаний. В частности названия «сапремия» и «путридная интоксикация» неверны потому, что в генезе заболеваний, о которых идет речь, принимают участие не только сапрофиты или гнилостные бактерии; весьма часто мы находим при них в качестве единственных возбудителей заболеваний факультативных анаэробов (стрепто- и стафилококков), которые ведут в половых органах женщины сапрофитный образ жизни.

Термин «чистая интоксикация» охватывает только одну сторону болезненного процесса, а именно только вред, наносимый больному организму бактериальными ядами и вредно действующими продуктами распада жизнедеятельности бактерий и раневых секретов, которые попадают в лимфу и кровь больной с раневой поверхности путем всасывания. Весьма часто эти вредно действующие вещества наблюдаются при попадании бактерий в плаценту без наличия ран из содержащих бактерий межворсинчатых тромбозных масс, прежде всего в кровь, омывающую ворсинки, а отсюда в кровяной ток матери (рис. 465 и 466).

Равным образом и термины «резорбционная лихорадка» и «ретенционная лихорадка» не отвечают современному пониманию описываемых в настоящей главе заболеваний. Резорбция и ретенция наблюдаются при попадании в остатки плодного яйца и секреты половых органов таких бактерий, которые в половых органах могут вести лишь сапрофитный образ жизни, но также и бактерий, обладающих способностью проникать в живые ткани родильниц. Какое роковое значение может иметь для больных переоценка значения ретенции врачом, показывают все те случаи, где смертельно протекающий сепсис идет следом за оперативным устранением ретенций.

¹ И то лишь весьма условно. — С. Р.

² В настоящее время считают, что резкой границы между интоксикациями и инфекциями в области послеродовых септических заболеваний провести нельзя. При всякой интоксикации имеется налицо и инфекция, и, наоборот, нет инфекции без одновременной интоксикации. Наличие облигатных сапрофитов на раневой поверхности матки не вызывает клинически определенных заболеваний. — С. Р.



467. Наводнение яйцевых оболочек и плаценты сапрофитными стрептококками. IV мес. беременности. На поверхности эндометрия тянется фибринозная полоска.

a—фибринозная полоска; b—эндометрий; c—экссудат между фибринозной полоской и поверхностью эндометрия. Препарат *in vivo*, полученный после экстирпации беременной матки. Ср. положение пограничной фибринозной полоски при бактериальной инфекции эндометрия на рис. 471.

Единственно характерным термином является здесь термин «пuerперальная бактериальная интоксикация». Он охватывает те бактериальные заболевания половых органов у беременных, рожениц и родильниц, которые вызываются исключительно бактериями, ведущими сапрофитный образ жизни, их вредным влиянием.

Пuerперальная бактериальная интоксикация вызывается различного рода микроорганизмами — как бактериями, которые на коже и слизистых оболочках организма ведут обычно сапрофитный образ жизни, так и бактериями из группы обладающих способностью факультативно проникать в ткани, как стрепто- и стафилококки, которые лишь временами вегетируют в качестве сапрофитов. Все они образуют во время их са-

профитного роста и во время распада в раневых секретах и в крови очаги ядовитых продуктов.

Для того чтобы понять своеобразную сущность пuerперальной бактериальной интоксикации и ее отличие от пuerперальной инфекции, необходимо ясно представлять процессы попадания бактерий из секретов половых органов, равно как из живых и мертвых яиц в матке.

Смотря по длительности и распространенности наводнения яйца бактериями, хорпон, вартонова студень и амнион более или менее некротизируются. В некротических участках лежат вместе с лейкоцитами массы бактерий группами и колониями. Когда бактерии эти достигают плаценты, наступает свертывание крови в межворсинчатых пространствах и отсюда запустевание ворсинок, равно как и попадание бактерий в некротизировавшиеся ворсинки. Кровяные сгустки склеиваются с поверхностью некротизировавшихся, наводненных бактериями ворсинок. Первые из них состоят из более тонких и более толстых фибриновых сеток, в петлях которых лежат эритроциты. В межворсинчатых пространствах протекает без помех материнская кровь между хорошо сохранившимися ворсинками и фибриновыми отложениями на поверхности наводненных бактериями ворсинок. Из этих последних бактерии проникают в покрывающие их сгустки фибрина (рис. 465). Ткань ворсинок и сгустки фибрина расплавляются благодаря протеолитическому действию полинуклеарных лейкоцитов, которые также проникают в вор-

синки и фибринозно-кровяные сгустки. Если одновременно с попаданием бактерий в плаценту наступают схваткообразные сокращения матки, то содержащий бактерии гной, который находится между бактериесодержащими некротическими тканями ворсинок и фибринозно-кровяными отложениями, всасывается кровью соседних межворсинчатых пространств. В текущей крови межворсинчатых пространств распределение бактерий бывает крайне неравномерно. Наряду с некоторыми видами микробов, лежащих среди хорошо сохранившихся красных кровяных телец (рис. 466), во всех остальных полях зрения видны исключительно красные кровяные тельца.

Благодаря этому неравномерному распределению бактерий и их ядовито действующие продукты распада мало-помалу с отекающей из межворсинчатых пространств кровью попадают в кровеносную систему матери. Их чисто пассивный перенос туда происходит так быстро, что стенки вен не подвергаются воздействию со стороны мимо пронесшихся бактерий. Бактерий нет ни в эндотелии ни в остальных слоях сосудистой стенки сосуда, а равно нельзя бывает подметить никаких признаков реактивного воспаления и в околососудистой ткани (рис. 467, ср. с рис. 477 и 478, представляющими бактериальный эндофлебит).

Патологическая анатомия

Патологоанатомические изменения материнского организма, вызываемые в половом канале сапрофитными микробами, очень характерны.

Родовые раны наружных половых органов, влагалища и маточного зева не представляют налетов. Микроскопическое исследование раневых поверхностей дает картину гранулирующей раны в различных степенях заживления.

В эндометрии бактериологически и гистологически обнаруживаются явления бактериального токсического эндометрита.

Слизистая оболочка матки рожениц не представляет для разрешения этого вопроса никаких данных. Происходит это потому, что уже в физиологических условиях остающаяся отпадающая оболочка в своих верхних клеточных рядах в первые дни пuerперия омертвевает. В эти некротизировавшиеся части спонтанно проникают восходящие из влагалища бактерии сапрофитного характера. Физиологически отличимой границей между отторгнувшимися и еще живыми децидуальными клетками является пояс демаркационного воспаления. Пограничную линию образует сетка фибрина, в петлях которой лежат лейкоциты (лейкоцитарный вал в строме отпадающей оболочки).

Поэтому нельзя по строению децидуальной оболочки гистологически и бактериологически определить, попали ли сапрофиты в физиологически некротизировавшуюся *decidua* или же поверхностные ряды клеток ее некротизировались благодаря тому, что в них попали и развились патогенные бактерии паразитарного характера.

Патологическая анатомия эндометрита на почве пuerперальной бактериальной интоксикации выражается лишь в изменениях децидуальной оболочки при сохранившейся беременности и одновременном попадании бактерий в плодное яйцо и в секреты половых органов.

Хорошо сохранившиеся до поверхности мукозы децидуальные клетки в самых верхних клеточных рядах истинной отпадающей оболочки равномерно оттесняют друг друга. Между ними отмечаются воспалительный отек и лейкоциты.

По всей поверхности децидуальной оболочки тянется то более узкая то более широкая, грубопетлистая фибриновая сеть (рис. 467). Она может достигать толщины в 1 мм и больше и представляет картину дифтеритических отложений. В петлях этой сети, а равно между ней и поверхностью хорошо сохранившейся децидуальной оболочки находятся то более мелкие то более крупные массы эксудата. В последнем можно видеть лейкоциты и бактерии, расположенные как внутри, так и вне клеток. При этом в самой децидуальной оболочке нет нигде ни полосок фибрина ни бактерий, как наблюдается при инфекционном пuerперальном эндометрите (ср. рис. 467 и 471).

Если бактерии, которые ведут в отделяемом матки сапрофитный образ жизни, механически попадут в трубы благодаря родовым схваткам или по другим причинам, то в слизистой оболочке труб возникают воспалительные изменения. Как и при токсическом эндометрите, бактерии лежат при этом между лейкоцитами—то вне-то внутриклеточно, но исключительно в просвете трубы, отсутствуя между эпителиальными клетками и в строие трубы. Складки трубы ограничены всюду однорядным эпителием, подэпителиально лежащие клетки стромы прижаты друг к другу, между ними замечаются воспалительный отек и лейкоциты (токсический сальпингит).

Если содержащий бактерии секрет через абдоминальные отверстия труб вытекает и попадает в брюшную полость, то всюду, куда только попадает этот секрет, наступают воспалительные реактивные изменения в серозной оболочке. При микроскопическом исследовании видно, что последняя покрыта сеткой фибрина, проникающей тонкими отростками между клетками эндотелия до стромы брюшины. В этой фибриновой сетке лежат полинуклеарные лейкоциты. Бактерии располагаются исключительно на поверхности этой сетки (токсический перитонит).

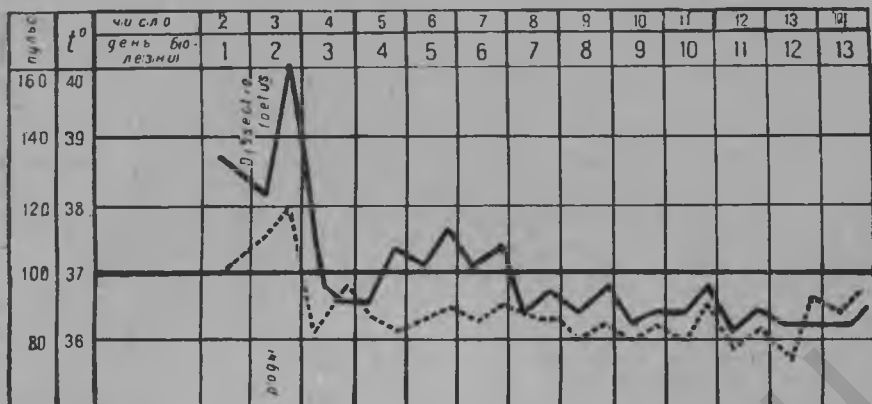
Клиническое течение

Многочисленными экспериментальными исследованиями твердо установлено, что вне живых тканей и даже *in vitro* при взаимодействии бактерий и кровяной сыворотки образуются ядовито действующие белковые вещества. Это одинаково верно как для истинных сапрофитов, так и для патогенных бактерий (литературные данные см. у Дольда). При этом остается пока под вопросом, разлагает ли кровяная сыворотка бактерии до ядовито действующих белковых веществ или же благодаря бактериям в крови наступают вредно действующие физические изменения (Сакс).

Трауготт и Хамм экспериментально доказали, что как бактериальные яды, так и бактериальные белки могут всасываться слизистыми оболочками полового канала. При этом бактериальные яды сохраняют свои ядовитые свойства до попадания их в ток материнской крови. Для клинического проявления пuerперальной интоксикации необходимо согласно предыдущему следующее: в наводненных бактериями и содержащих кровяную сыворотку секретах полового канала, равно как и при попадании бактерий в ток крови, возникают благодаря взаимодействию бактерий и кровяной сыворотки ядовитые фракции бактериального белка, вредно действующие физические изменения в крови и расстройства обмена веществ в протоплазме ретикуло-эндотелиальной системы.

Если бактерии сапрофитного характера размножатся в отделяемом половых органов или в частях плодного яйца, то их влияние на клиническое состояние беременной, роженицы и родильницы может быть двояким.

Если отток отделяемого половых органов во влагалище происходит беспрепятственно и нет никакого перехода микроорганизмов, находящихся в плаценте, в ток материнской крови, то размножение бактерий в секрете половых органов и оставшихся частях плодного яйца может

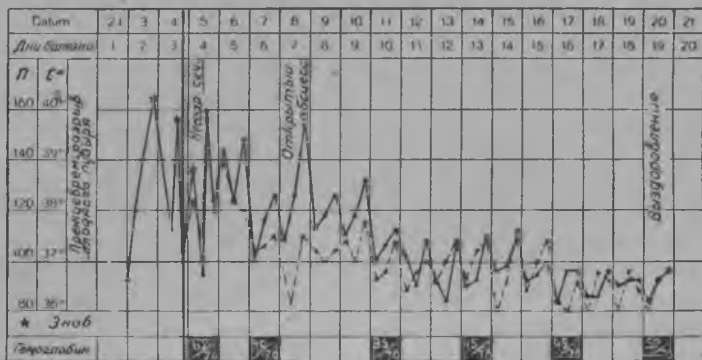


168. 25-летняя I-para. Лихорадка и объемистая физометра при родах. Зауценное поперечное положение плода. Ребенок мертвый. Рассечение его. В маточном отделимом еще на 11-й день после родов обнаружены стрептококки и пневмококки. Выписка больной на 17-й день после родов.

длиться днями и неделями, не вызывая клинических проявлений бактериальной интоксикации. Оставшиеся части плодного яйца расплавляются лейкоцитами, гнойное отделяемое половых органов выделяется наружу, и при этом исчезает необходимая для развития бактерий среда. Полость матки таким образом очищается.

Я называю эту форму пуерперальной бактериальной интоксикации, которая ограничивается местными токсическими изменениями в слизистой оболочке, скрытой бактериальной интоксикацией (ср. со скрытой бактериальной опасностью инфекции).

Если же бактерии, находящиеся в плодном яйце, попадают живыми в кровяной ток матери, то они в короткое время уничтожаются благодаря бактерицидным свойствам крови. На вредное влияние, которое они обнаруживают в крови, организм реагирует лихорадкой, ознобами и другими проявлениями общей инфекции. Исчезновение бактерий из крови идет столь быстро, что наличие их нашими методами исследования (посев из крови) мы можем установить лишь немедленно после проникновения их в кровь (Закс и др.) Это происходит главным образом вследствие их фагоцитирования эндотелием кровеносных и лимфатических сосудов и клетками ретикуло-эндотелиальной системы печени, легких, селезенки, костного мозга и т. д. Если при раннем или преждевременном разрыве плодного пузыря бактерии вульварной или влагалищной флоры спонтанно поднимутся по ходу околоплодных вод в оставшиеся еще в плодном яйце воды, то после того, как они в значительной мере там размножатся, околоплодные воды делаются гнойными, и возникает лихорадка во время родов со всеми прочими общими явлениями инфекционного заболевания. Если микроорганизмы в околоплодных водах образуют газы, последние приобретают при попадании стрептококков или кишечных палочек зловонный запах; напротив, при попадании в газосодержащие околоплодные воды *bac. aerogenes capsulatus* последние остаются без запаха. Обильное образование газа в околоплодных водах может быть обнаружено при помощи перкуссии дна матки; это состояние носит название *physometra sub partu*.



469. 27-летняя I-пара, доставлена в клинику через 72 ч. после начала родов с преждевременным разрывом пузыря вследствие лихорадки, потрясающих ознобов и остановки родовой деятельности. При приеме t° —37,2, пульс 100, никаких расстройств в общем состоянии и никакой причины для лихорадки вне половой сферы (заключение специалиста по внутренним болезням). Акушерское состояние: отсутствие пузыря, маточный зев раскрыт до величины ладони, предлежит головка в высоком поперечном стоянии, большая головная опухоль, никаких симптомов прижатия мягких частей, в моче ничего особенного, матка без признаков грозящего разрыва, сердечные тоны плода нормальной частоты. За 12 часов наблюдения при хороших схватках роды не подвинулись, конфигурация черепа усилилась, t° поднялась до 38,8°, пульс до 120, короткий потрясающий озноб, отходящие воды содержат гной и слегка пахнут. Показание к окончанию родов. Родоразрешение путем трансперитонеального, чисто цервикального кесарского сечения. Во время операции обнаружены: небольшие некрозы от давления на левой теменной кости плода, признаки давления на передней стенке нижнего сегмента. Стрептококки в околоплодных водах, несколько пузырьков газа в последних (начинающаяся физометра). Через 6 ч. после операции потрясающий озноб. На 4-й день после операции надфасциальный абсcess в подкожной клетчатке брюшной стенки со стрептококками в гное. Через 36 ч. после операции первое отхождение газов, на 4-й день—первый стул. Нормальная температура с 12-го дня, родильница встала на 16-й день, выписана с ребенком на 21-й день. Во время послеоперационного периода полное отсутствие перитонических явлений. При выписке—нормальная обратная инволюция матки, никаких воспалительных процессов около последней.

При внутриматочном попадании бактерий в яйцевые оболочки, плаценту и отделяемое половых органов наступают вместе с указанными выше общими явлениями также реактивные явления со стороны маточной мускулатуры в виде отдельных маточных сокращений. Вскоре они объединяются в правильные схватки, раскрывающие канал шейки, и в конце концов плодное яйцо выталкивается. При обильном скоплении газа в матке гладкие мышечные волокна последней растягиваются, и их сократительная деятельность ослабевает, почему энергия отдельных схваток падает. Наконец стенки матки под влиянием растяжения и токсического расслабления гладких мышечных элементов перестают сокращаться, и наступает остановка родовой деятельности.

После изгнания плода, околоплодных вод и плаценты при свободном оттоке отделяемого половых органов всасывание вредных бактериальных продуктов со стороны материнского организма бывает незначительным, почему симптомы общей интоксикации исчезают, температура и пульс у больной возвращаются к норме, ознобы прекращаются, хотя отделяемое матки в послеродовом периоде даже при хорошем оттоке его долго еще остается содержащим бактерии (рис. 468 и 469).

У рожениц свободный отток отделяемого половых органов часто затрудняется вследствие механического закрытия канала шейки. Лохии скопляются тогда в полости матки. Это состояние носит название лохиометры. Закрытие просвета канала шейки кровяными сгустками или частями плодного яйца, равно как и перегибом вследствие ante-и retroflexio uteri puerperalis, а также палочками ламинарии, вложенными для целей расширения канала шейки, именно и являются этими механическими причинами закрытия цервикального канала. Несколько часов спустя после прекращения оттока лохий наступают вышеотмеченные болезненные симптомы, которые быстро исчезают, как только отделяемому благодаря сокращениям матки удается вылиться наружу или механическое препятствие будет искусственно устранено.

Реже раневое отделяемое, содержащее бактерии, проникает в трубы и в полость брюшины. Тогда в этих отделах возникают эндосальпингиты и ограниченные тазовые перитониты. Их клинические проявления обычно бывают незначительны. Наступает усиление болезненности брюшины при смещениях последней (напр. при натуживании), и только изредка больная оберегает брюшину от сотрясений при помощи напряжения передней брюшной стенки. Эти заболевания излечиваются быстро и самопроизвольно, как и вызванные подобными же бактериями эндометриты (рис. 469).

Так как все бактерии, ведущие сапрофитный образ жизни, попали в ток крови, быстро убиваются здесь, то образования метастазов в других органах при этом обычно не бывает.

Диагноз

Так как мы можем ускорить излечение пuerперальных заболеваний, вызванных сапрофитами, путем удаления пропитанных бактериями частей плодного яйца и задержавшихся выделений, а с другой стороны, можем при паразитарных заболеваниях способствовать местным вмешательствам распространению инфекции, то распознавание пuerперальных заболеваний, вызваны ли они сапрофитами или паразитами, имеет большое практическое значение.

Пuerперальные заболевания, вызванные сапрофитами, клинически не отличаются вначале от тех заболеваний, которые вызваны паразитами. Общие проявления болезни в тех и других случаях одинаковы — температура достигает высоких цифр, отмечаются ознобы, в крови в тех и других случаях могут быть обнаружены бактерии. Точно так же и в дальнейшем течении заболеваний нельзя провести резкой грани между заболеваниями, вызванными сапрофитами, и длящимися лишь короткое время заболеваниями, вызванными паразитами.

Поэтому мы и в настоящее время, основываясь на данных бактериологических исследований пuerперальных заболеваний и их клинического течения, можем разделить возбудителей их заболеваний на две больших группы.

В первую группу входят те бактерии, относительно которых мы знаем, что среди них находятся почти исключительно возбудители прогрессирующих и могущих вести к смерти пuerперальных раневых заболеваний.

К этой группе принадлежат все стрептококки и стафилококки, которые разжижают желатину.

От этой группы следует отличать другую группу, в которую входят все остальные виды бактерий, встречающиеся в женских половых органах. Отдельные виды этих бактерий никогда или очень редко являются возбудителями прогрессирующих или ведущих к смерти пuerперальных заболеваний, как напр. кишечная палочка.

Практически к этой последней группе надо отнести лишь те виды микроорганизмов, которые в женских половых органах ведут почти исключительно сапрофитный образ жизни.

Если мы в начале пuerперального заболевания находим в отделяемом матки лишь бактерий последней группы, то можем почти с полной уверенностью признать, что перед нами—пuerперальное заболевание, вызванное микроорганизмами, которые живут в задержавшихся частях плодного яйца и в раневом отделяемом как сапрофиты и не обладают способностью проникать в живые ткани, т. е. перед нами—не родильная горячка.

Если же мы обнаруживаем стрептококков, то перед нами налицо обе возможности, причем если исследование гнойных лохий обнаруживает стрептококков в чистой культуре, то с большой вероятностью можем поставить диагноз настоящей родильной горячки и одновременно серьезный прогноз.

Прогноз и терапия

Прогноз пuerперальных заболеваний, вызванных бактериями сапрофитного характера, хорош, если даже клинические явления ко времени попадания бактерий в кровь и очень бурны.

После изгнания или разжижения лохий и остатков плодного яйца, в которых имеются бактерии, полость матки очищается от своего бактериального содержимого примерно на 14-й день. Обратная инволюция матки происходит в пределах нормы.

Этого рода пuerперальные заболевания излечиваются самопроизвольно и не нуждаются ни в какой терапии, что остается верным и для случаев внедрения газообразующих бактерий (*bac. aerogenes capsulatus*) в отделяемое половых органов и остатки плодного яйца даже и тогда, когда у больных обнаруживаются гематинемия и гематурия или сульфогемоглобинемия и сульфогемоглобинурия (Бингольд).

Чрезвычайно важно поэтому учесть способность стрептококков проникать из отделяемого половых органов в живые ткани родильницы, так как излечение болезни при отсутствии этой способности может быть значительно ускорено путем удаления из полости матки плодного яйца и его частей, а также задержавшегося секрета с находящимися в них бактериями. Со дня на день исчезают после того лихорадка, учащение пульса и ознобы, и самочувствие больных через несколько дней становится таким же, каким оно было до заболевания. При лихорадочном аборте или послеабортном периоде скоро восстанавливается и трудоспособность больных.

С другой стороны, однако удаление секретов и частей плодного яйца при способности стрептококков проникать в ткань открывает им туда широкий доступ. Вслед за этим развиваются тяжелые пuerперальные инфекции, переходящие за границу матки и нередко ведущие к смерти.

Врачу важно знать далее, каким образом эти бактерии будут влиять на течение болезни и заживление ран, если при их наличии должны быть по другим показаниям предприняты оперативные вмешательства.

Сапрофиты на заживление ран после оперативных вмешательств не оказывают никакого влияния. Они подпадают под действие нормальной бактерицидности раневого отделяемого. Это значит, что при восстановительных операциях, предпринимаемых по поводу разрывов промежности влагалища, маточной шейки и тела матки, имеет место гладкое выздоровление. Это же относится и к заживлению ран после кесарского сечения (рис. 469).

Раневая поверхность маточной полости после очистки последней от бактериосодержащих частей плодного яйца при всех сроках беременности заживает с такой же незначительной реакцией, как и после операций на тканях, свободных от бактерий.

Я говорил не так подробно о пuerперальных заболеваниях, которые вызываются сапрофитами, потому что они являются сравнительно безобидными. Неопасные самостоятельно излечивающиеся пuerперальные заболевания, вызываемые сапрофитными штаммами стрептококков, уже неоднократно без надлежащей критики выдвигались для того, чтобы поддержать благоприятное воздействие различных лечебных методов на пuerперальные стрептококковые инфекции. Это должно быть здесь настоятельно подчеркнуто.

2. Послеродовые инфекционные заболевания (раневая инфекция, послеродовая лихорадка, родильная горячка)

Общие данные. Этиология

Под термином «пuerперальная инфекция» мы понимаем те бактериальные послеродовые заболевания женских половых органов, при которых возбудители болезни проникают с поверхности полового канала в живые ткани родильниц и там размножаются. Способность проникать в живые ткани является критерием паразитарных свойств микроорганизма. Она является результатом нарушенного равновесия между микроорганизмами и антибактериальной устойчивостью живых тканей в пользу первых. Краткости ради в дальнейшем эту способность микроорганизмов размножаться в живых тканях организма я буду обозначать термином «пенетрационная способность».

Еще до сих пор господствует мнение, что способность микроорганизма проникать в живые ткани является его неизменяемым свойством. На самом деле, наоборот, эта способность варьирует в зависимости от взаимодействия между пенетрационной способностью микроорганизмов и силой сопротивления макроорганизма, колеблясь от высших степеней способности проникания и даже использования текущей крови в качестве питательной среды вплоть до превращения микроорганизмов в факультативных сапрофитов.

Только отношение гонококка к живым человеческим тканям остается неизменным. Он является по преимуществу эпителиальным паразитом и размножается исключительно в эпителии, но не в строме. При этом он предпочитает нежный однослойный цилиндрический эпителий матки и труб, а равно эпителий лопнувшего фолликула, куда он проникает при отсутствии каких-либо входных ворот в виде эпителиальных дефектов.

Через толстый роговой слой мостовидного эпителия влагалища половозрелой женщины он проникнуть не может. Только у девочек до на-

ступления половой зрелости и у женщин в климактерическом возрасте, когда процессы ороговения эпителия почти отсутствуют, гонококк развивается во влагалищном эпителии. Подобным же образом иногда содержатся и некоторые штаммы из группы стрептококков и кишечных палочек.

В последующем изложении я разделю поэтому послеродовые инфекции на две группы.

Первая группа обнимает послеродовые инфекции, которые ограничиваются поражением эпителиального покрова женских половых органов, вторая группа включает в себе те пuerперальные инфекционные заболевания, при которых гноеродные кокки из половых органов попадают в кровеносные и лимфатические сосуды организма женщины во время беременности, родов и послеродового периода, — пuerперальные раневые инфекции в собственном смысле этого слова.

Наиболее частыми возбудителями тех пuerперальных заболеваний, которые мы включили во вторую группу, являются факультативно-анаэробные стрепто- и стафилококки. О более редких возбудителях упомянуто раньше. Относительно их морфологических и биологических свойств я отсылаю интересующихся к руководствам по бактериологии.

Однако присутствия этих бактерий в секретах женских половых органов, как и при гонококке, еще недостаточно для проникания их в живые ткани и развития пuerперального заболевания. Эти возбудители нуждаются еще во входных воротах в строму. В качестве таковых служат все нарушения целостности эпителия, обнажающие строму. Такие входные ворота легче всего возникают в тех частях полового канала, поверхность которых защищена лишь нежным однослойным цилиндрическим эпителием. Они образуются при всех внутриматочных вмешательствах. Там, где находится многослойный плоский эпителий, входные ворота образуются благодаря наличию рваных, резаных или колотых ран, которые часто возникают в течение родов.

Но и лишенная покровного эпителия строма является только тогда беззащитной против внедрения паразитарных бактерий, если это внедрение происходит одновременно или вскоре после повреждения эпителия.

Если этого не бывает, то лишенная своего защитного эпителия строма скоро ограждается фибринозным валом. Последний бывает вдвинут между поверхностно расположенными клетками стромы. Он представляет собой сетку, в петлях которой наряду с полинуклеарными лейкоцитами (лейкоцитарный вал) находятся невидимые в микроскоп антибактериальные защитные тела. В образовании этого вала принимает участие кроме эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов ретикуло-эндотелий стромы, начиная от эндотелия адвентиции сосудов на месте первичного послеродового поражения слизистой и кончая ретикуло-эндотелиальными элементами, расположенными глубоко в маточном слое инфицированных отрезков полового канала (Хорнунг). Этот вал не пропускает в глубже лежащие ткани даже бактерий, обладающих пентрационной способностью.

Вал этот возникает как правило в первые же часы и дни послеродового периода всюду, где имеются родовые ранения и где благодаря отделению плаценты и оболочек плодного яйца обнажаются островки стромы между открытыми протоками желез губчатого слоя отпадающей оболочки.

В этом приспособлении кроется причина того, почему в послеродовом периоде способные проникать в стroma микробы спонтанно наводняют извне половой канал вплоть до полости матки, где они обильно размножаются в некротизировавшихся остатках плодного яйца и тем не менее не вызывают послеродовых инфекционных заболеваний.

Но их паразитарный характер немедленно проявляется, как только благодаря отсутствию реакции со стороны крови и ретикуло-эндотелиальной системы не образуется лейкоцитарного вала или когда хотя последний и образовался, но был нарушен благодаря физической или химической травме, и строма обнажается. Тогда паразитарные бактерии проникают в последнюю, распространяются по лимфатическим и кровеносным путям и ведут к соответствующей степени их распространения пuerперальной инфекции.

Это состояние соответствует «скрытой опасности инфекции». Она имеет место у беременных с хроническими кровотечениями, а также у хронически кровоточащих родильниц, у которых матка содержит остатки плаценты. Знакомство с этой скрытой опасностью инфекции имеет для врача громадное значение—он наилучшим образом охранит своих больных от наиболее тяжелых форм пuerперальной инфекции, если в подобных случаях будет избегать какого бы то ни было вмешательства.

Относительно диагностики скрытой опасности инфекции см. дальше главу об исследовании отделяемого матки.

Патологическая анатомия

Пuerперальная инфекция с распространением бактерий в эпителии

Если бактерии распространяются преимущественно в эпителии, то образуется лейкоцитарный вал в эпителии и в подэпителиальной стро-ме. Эпителий некротизируется и десквамируется.

Это наблюдается преимущественно в тех случаях, где возбудителем заболевания является гонококк, и при восходящей пuerперальной гонорее. Однако и другие виды бактерий, как напр. грамположительные цепочечные кокки и кишечные палочки, могут вызывать подобные же патологоанатомические изменения в трубах, в яичниках и т. д. и дать такую же клиническую картину, которая описывается в дальнейшем (Ветъен, Вальтхард).

При достаточном оттоке раневых секретов величина матки не меняется вследствие набухания слизистой оболочки. Только поперечные разрезы через трубу, через белочную оболочку яичника и толщу серозной оболочки указывают на утолщение их на почве воспалительного набухания в 2—3 раза.

При недостаточном оттоке раневого отделяемого возникают, напротив, ретенционные опухоли, а недостаточный отток из матки ведет к скоплению секрета в ее полости—лохиометре.

Если оттока гнойного содержимого из труб в матку благодаря воспалительному набуханию слизистой в перешейковой части труб не происходит, и вместе с тем гной из трубы не может попасть в брюшную полость благодаря закрытию брюшного отверстия трубы, то возникают ретенционная опухоль трубы с гнойным содержимым, ложный нарыв трубы или пиосальпинкс.



470. Внутренние половые части женщины с макроскопическими изменениями вследствие восходящей по эпителию слизистой оболочки матки и труб инфекции, проникшей в яичники до фолликулов.

кула покроеется фибринозными отложениями или будет закрыто близлежащей петлей кишки, то в фолликуле образуется ретенционная опухоль с гнойным содержимым, ложный абсcess яичника (пиоварий) (рис. 470).

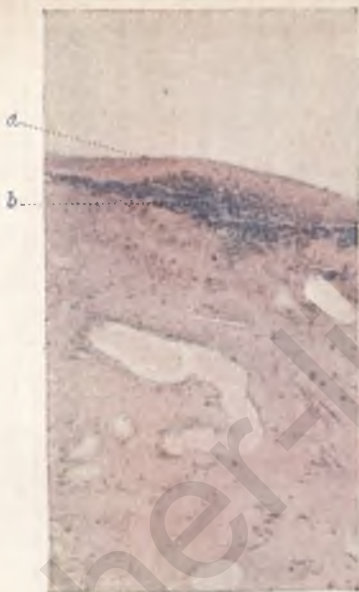
Если из абдоминального отверстия трубы или из одной из вышеупомянутых ретенционных опухолей гной с жизнеспособными бактериями вытечет в свободную полость брюшины, то бактерии эти не размножаются неограниченно в эндотелии брюшины—они отчасти уничтожаются экссудатом, отчасти захватываются фибринозными отложениями, образующимися на ближайших участках брюшины. Отсюда возникают, как и при проникновении больших количеств стерильного гноя, лишь ограниченные перитониты в смысле химически действующих инородных тел (рис. 472, 6), которые ограничиваются лишь местами выхода гноя и ближайшей их окружностью. Лишь изредка благодаря разрывам пиосальпинкса или яичникового абсцесса дело заканчивается развитием разлитого, смертельно протекающего воспаления брюшины.

Прорыв микроорганизмов через стенку абсцесса в вену наблюдается редко, ибо эти микроорганизмы не обладают способностью проникать в строму. Попадание их в ток крови возможно лишь в случае нарастающей мацерации стенки абсцесса с вовлечением в процесс крупных вен либо благодаря пункции абсцесса, если игла проткнет одну из крупных вен. Если гной обильно попадает в кровь, то возникает фибринозно-гнойный васкулит капиллярных и прекапиллярных сосудов. Если воспаление мельчайших сосудов выражается на коже и на видимых слизистых переходящей сыпью, напоминающей крапивницу, а на серозных и синовиальных оболочках суставов переходящими воспалительными явлениями, тяжелых метастатических заболеваний отдельных органов вследствие заноса гноя по кровеносным путям не возникает, так как бактерии не обладают способностью развиваться дальше в периваскулярной строме.

При свободном оттоке секрета из внутренних половых органов наружу воспаленные слизистые оболочки освобождаются от попавших микроорганизмов. Цитологические элементы воспаления в строме исчезают, воспалительный отек и фибрин рассасываются, дефекты эпителия замечаются, гранулирующие поверхности тканей срастаются между собой.

Распространение бактерий в строме и в лимфатических путях

Против бактерий, которые обладают способностью размножаться в строме, проникать в свежие раны и там имплантироваться, в заболевшем организме образуется вал. Клетки стромы оттесняются одна от другой



471. Пуерперальный эндометрит, вызванный стрептококками паразитарного характера. Пограничная фибринозная полоска и лейкоцитарный вал лежат в ткани маточной стенки.

a—поверхность отпадающей оболочки; *b*—фибринозная сетка с лейкоцитами в петлях. Препарат *in vivo*, полученный после полной экстирпации инфицированной матки. Ср. с рис. 467.

тонкой сеткой фибрина, в петлях которой лежат полинуклеарные лейкоциты, клетки ретикуло-эндотелия и невидимые антибактериальные защитные тела. Капиллярные и прекапиллярные кровеносные и лимфатические сосуды в пограничной зоне закрываются воспалительными тромбами. Последние также состоят из тонкопетливой сетки фибрина, в петлях которой лежат эритроциты, лейкоциты и клетки сосудистого эндотелия.

Насколько далеко бактерии проникают в ткани, зависит исключительно от того, в какой промежуток времени организм сумеет мобилизовать в достаточном количестве и надлежащего качества защитные тела на месте инфекции, чтобы восстановить нарушенное равновесие между проникающей способностью болезнетворных возбудителей и сопротивляемостью организма и этим самым удержать распространение болезни в строге.

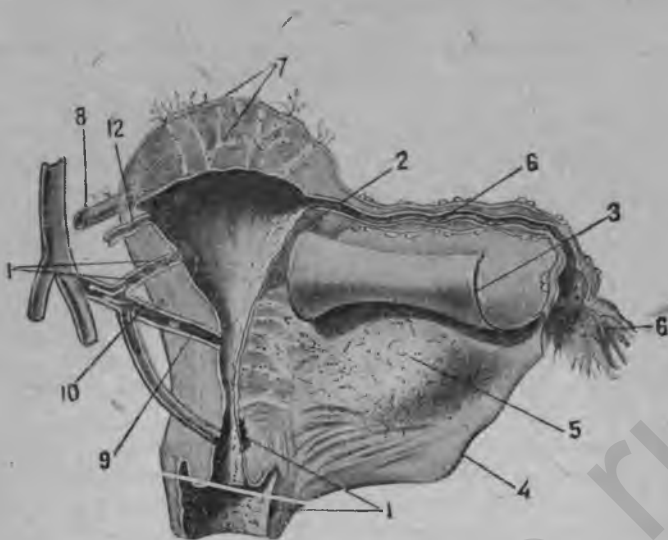
Если этого не происходит, бактерии проникают через вал, и за время болезни возникают различные патологоанатомические изменения в стенках матки и влагалища, в тазовой клетчатке и брюшине, отграничивающей половые части от брюшной полости.

Если пенетрационная способность бактерий незначительна и организм успевает уже в первые дни развития инфекции отграничить инфицированные ткани от здоровых, то некротизируются только самые поверхностные, поврежденные родовой травмой, обильнее всего пронизанные бактериями ткани. На промежности, во влагалище и на видимой части влагалищной части появляются некрозы тканей в виде желто-белого цвета налетов (пуерперальные язвы, рис. 472, 1). В ближайшие дни лейкоциты расплавляют омертвевшую ткань. Расплавленные отложения вытекают из матки влагалища наружу, язва очищается. Дефект тканей замещается грануляциями, и планиметрически распространяющиеся слои эпителия покрывают в конце концов лишённые эпителия язвы. Если во время родовспомогательных операций бактерии имплантируются в эндометрии или проникают спонтанно и достаточно рано в полость матки, то на месте инфекции подвергаются некрозу нежный эпителий желез и клетки стромы. Демаркационные полосы фибрина и лейкоцитарный вал лежат в тканях, а не только на поверхности слизистой (пуерперальный эндометрит, рис. 467).

Представление о равномерной инфекции всей поверхности эндометрия неверно. Живой эндометрий инфицируется только в ограниченных участках, из которых возбудители инфекции проникают вглубь. Тот равномерный зелено-желтый налет, который на вскрытиях оказывается покрывающим весь эндометрий и отграничивающим полость матки, есть не что иное, как физиологически отмирающие в первые дни послеродового периода поверхностные слои клеток маточной мукозы. Понятно, что эти мертвые ткани также легко могут быть наводнены возбудителями раневой инфекции.

Если сапрофитные бактерии сопровождают возбудителей инфекции или последние сами могут образовывать газ, — наступает ихорозное разложение. Вытекающие раневые секреты становятся при этом зловонными.

Если бактерии проникнут через лейкоцитарный вал в эндометрии, рукаве или промежности, то дальнейшее их распространение между клетками стромы и в просвет лимфатических сосудов делается более легким. Организм реагирует на продвижение инфекции образованием нового вала и воспалительной реакцией лимфатических желез.



472. Схема локализации и распространения возбудителей пuerперальной раневой инфекции в половых органах женщины (по Штекелю).

1—пуерперальная язва маточной шейки и вульвы; 2—metritis dissecans; 3—передний листок левой широкой связки; 4—задний листок ее; 5—параметральный экссудат; 6—перитонит вследствие распространения инфекции из трубы; 7—перитонит вследствие распространения инфекции по лимфатическим путям через мускулатуру; 8—перитонит вследствие распространения инфекции по лимфатическим путям от матки к трубе; 9—нефибрированный тромб; 10—отрыв части нефибрированного тромба (эмболия); 11—инфицированный, распадающийся тромб (пиемия); 12—прорыв бактерий в вену без образования барьера из тромба (молниеносный сепсис).

Так как в глубине тканей такой отток раневого секрета, как при пuerперальных язвах или при пuerперальном эндометрите, невозможен, то богатый лейкоцитами экссудат собирается прежде всего в разрыхленный парагенитальной соединительной ткани и в лимфатических сосудах. Заболевшие части набухают вследствие остро возникшего воспалительного отека. Путем слияния содержащих гной лимфатических сосудов и расплавленных тканей возникают большие или меньшие гнойные полости. Если возбудители инфекции сопровождаются сапрофитами, то в полостях этих начинается икорозный распад. Благодаря газообразующим бактериям в интестициальной соединительной ткани отдельные пучки соединительной ткани разрываются, ткани пропитываются кровью, нарушается их питание и наступает гангрена.

При этих процессах возникают различного рода патологоанатомические изменения в женских половых органах в зависимости от степени распространения возбудителей послеродовой инфекции (рис. 472).

На промежности образуются промежностная флегмона и промежностный газовый абсцесс, на наружных половых органах—флегмона и гангрена вульвы, во влагалище—пуерперальный кольпит, флегмона и гангрена влагалища, в матке—пуерперальный метрит, абсцесс маточной стенки и рифаленциа uteri. Если от стенки матки отделяются секвестры, то это заболевание носит название metritis dissecans (рис. 472). Если бактерии переходят за границы влагалища и стенок матки, то они попадают между рыхло лежащими клетками параметрия (параметрит, рис. 472) и околовлагалищной клетчатки (паракольпит) и распространяются по соответствующим лимфатическим сосудам и железам. Наконец иногда они попадают в большие лимфатические пути в направлении к cisterna chили (см. следующую таблицу). *

Регионарные лимфатические железы отдельных частей полового канала

Место инфекции	Регионарные лимфатические железы по направлению к <i>cysterna chyli</i>
Вульва, промежность, клитор, уретра, нижняя треть влагалища	Lgl. inguinales superficiales Lgl. iliacae ext. Lgl. iliacae comm. Lgl. lumbales inf.
Передние и боковые отрезки средней и верхней трети влагалища	Lgl. uterinae Lgl. hypogastricae Lgl. iliacae comm. Lgl. lumbales inf.
Задние отрезки средней и верхней трети влагалища	Lgl. pararectales Lgl. sacrales later. Lgl. lumbales inf.
Шейка матки, нижний сегмент (isthmus)	Lgl. uterinae. Lgl. hypogastricae. Lgl. iliacae comm. Lgl. lumbales inf.
Дно матки	Lgl. ovaricae Lgl. lumbales sup. Lgl. lumbales sup.
Lgl. lumbales inf.	(железы аорты)

Распространению экссудата и воспалительному набуханию параметральной соединительной ткани листков тазовой фасции и надкостницы положены границы брюшиной, листками фасций, мышцами и костями. Поэтому набухание принимает здесь форму опухолей.

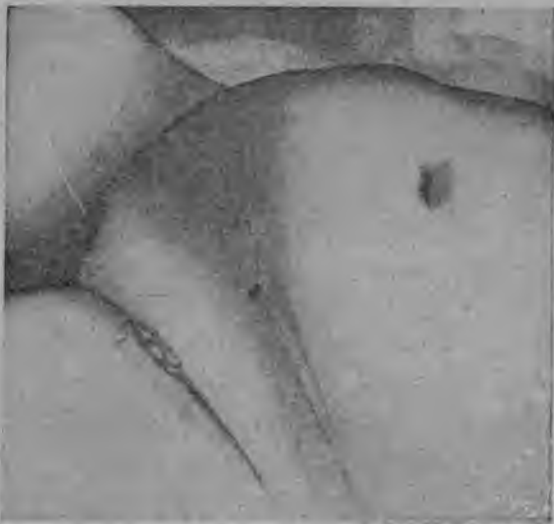
В околовлагалищной клетчатке границы образуются: медиально стенками влагалища, вверху—широкими связками и остальными отростками тазовой фасции, спереди, сзади и с латеральной стороны—костным тазом и запирающей мышцей, внизу—промежностной фасцией и кожей наружных половых органов и промежности.

В параметрии границы образуют: с медиальной стороны матка, внизу—верхние листки фасции, которая покрывает снизу *m. levator*, с боков—костный таз, вверху—брюшина малого таза.

Если пенетрационная способность бактерий относительно мала, то патологоанатомические изменения ограничиваются образованием воспалительного параметрального отека (параметрит) в форме опухоли, которая в конце концов может совершенно исчезнуть.

Если растянутые участки стромы и лимфатические железы благодаря некрозу и гнойному расплавлению исчезают и гнойные полости сливаются друг с другом, то получается параметральный абсцесс—параметральный экссудат.

Если гноеродные бактерии сопровождаются сапрофитами или они сами обладают свойствами сапрофитов, в полости абсцесса и в воспалительных тканях развиваются зловонные газы. Клетки соединительной ткани, гладкие мышечные волокна и мелкие сосуды благодаря образованию газа разрываются. Гной смешивается с кровью, и полость абсцесса отграничивается ихорозными стенками (параметральный газовый абсцесс). Стенки абсцесса начинают мацерироваться. Большие сосуды и нервы противостоят этой мацерации, соединительная же, окружающая сосуды ткань легко ей поддается. Благодаря гнойному расплавлению этой



473. Флегмона передней брюшной стенки.

ткани содержимое абсцесса достигает поверхности тела или проникает в связанные с поверхностью тела мочевой и кишечный тракты. Прорыв в оба эти тракта и через кожу ведет к выведению гноя из абсцесса наружу.

Наиболее частыми местами прорыва гноя являются следующие:

1. Воспаления в рыхлой соединительной ткани ретицева пространства поднимаются к передней брюшной стенке, распространяются забрюшинно между серозной оболочкой и прямыми мышцами кверху, проходят через прямые мышцы под их фасцией и дают флегмону передней брюшной стенки (рис. 473).

2. Воспаления в передней части широкой связки ведут к паравезикальным экссудатам, которые распространяются вправо и влево от симфиза подсерозно между мускулатурой и брюшиной передней брюшной стенки и ведут к образованию боковых флегмон ниже-передней брюшной стенки. Чаще всего абсцесс вскрывается над пупартовой связкой или через паховый канал в кожу большими половыми губ. Другие паравезикальные экссудаты прорываются между мышечными пучками пузыря и вскрываются в пузырь.

3. Флегмоны в прямокишечно-рукавной перегородке и в околовлагалищной соединительной ткани проникают в промежность и прорываются здесь наружу.

4. Абсцессы средней части широкой связки сопровождают подвздошные сосуды к *lacina vasorum* и выходят под пупартовой связкой из малого таза, чтобы распространиться в бедро по ходу бедренных сосудов до коленного сустава (рис. 474). Абсцессы, находящиеся в задней части широкой связки, идут по ходу ягодичной (*art. glutea*) или седалищной (*art. ischiadica*) артерий и продолжают по ходу этих сосудов через *foramen ischiadicum majus* до мускулатуры и кожных покровов седалищной области (рис. 475). Другие абсцессы этой области вскрываются в прямую кишку.

5. Воспаления лимфатических путей, сопровождающих внутренние семенные сосуды, ведут к образованию экссудатов, распространяющихся от подвздошной ямки до нижних поясничных сплзков, вправо и влево от позвоночного столба. Если эти экссудаты достигают большой величины, они переходят за гребешок подвздошной кости до почечной области. Они образуются между серозной оболочкой и мускулатурой боковой стенки брюшной полости и дают забрюшинную флегмону боковой и задней стенок живота.

Пути, по которым распространяются бактерии и с ними экссудаты от половых частей до вышеупомянутых мест вскрытия, являются лимфатические сосуды, и—что в особенности касается масс экссудата с мацерированными остатками—пространства, ограниченные тазовой фасцией, которая связывает брюшину с гладкой мускулатурой брюшных органов от тазовой диафрагмы до области почек и отсюда до входа во влагалище, с одной стороны, а с другой—брюшину с собственными фасциями поперечнополосатой мускулатуры и надкостницей костей, ограничивающих брюшную полость. Тазовая фасция, особенно в малом тазу, образована из крепкой сети, но во многих местах она построена лишь рыхло. Благодаря такому различию отношения сопротивления ее мацерированному влиянию экссудатов более прочные фасции направляют параметральные экссудаты к местам вскрытия.

Если бактерии проникают в миометрий или в параметрий вплоть до брюшины, то в воспалении принимает участие и эта последняя—возникает пуперпальный перитонит (рис. 472, 7 и 8). Среди всех тканей (жировой, соединительной, мышечной, эпителиальной) брюшина является таким органом, который обладает наибольшей антибактериальной сопротивляемостью. Она заключается в способности еще не заболевших частей брюшины убивать попавшие в брюшную полость бактерии и отграничивать здоровые части брюшной полости от больных путем образования мощных фибринозных отложений.

Отграничение происходит таким образом, что соседние органы, покрытые фибринозными отложениями, и еще не заболевшие части брюшинного покрова половых органов склеиваются между собой. В этом принимают участие сальник, тонкие кишки (*flexura sigmoidea*), нередко червеобразный отросток, мочевой пузырь и боковые части брюшины пупырно-маточной впадины. Будучи склеены между собой, они образуют как бы крышу над малым тазом и стену против проникновения экссудата с бактериями из малого таза в свободную брюшную полость. В этих условиях благодаря израсходованию питательного материала в экссудате бактерии погибают, лейкоциты распадаются, экссудат осаждается и в конце концов рассасывается. Фибринозные перепонки организуются и фиксируют заднюю стенку матки и придатки ко дну прямокишечно-маточного кармана.

Если отграничения в малом тазу не происходит и экссудат поднимается выше безыменных линий в свободную брюшную полость, то происходит новое осумкование экссудата путем широкого склеивания верхних частей сальника, толстых кишок от слепой через поперечную, до флексуры с передней брюшной стенкой. При этом раздутые толстые кишки и сзади брыжейка, а спереди сальник образуют защитную стенку,



474. Газовая флегмона бедра, спускающаяся из параметрия через *lacuna vasorum*.



475. Места прорыва параметральной флегмоны через большое седалищное отверстие, расширенное путем надрезов.

отграничивающую верхние, еще не тронутые части брюшной полости.

Если и такого отграничения брюшинного выпота не происходит, то содержащий бактерии гной между петлями тонких кишок поднимается до диафрагмы. Там, где он соприкасается с брюшиной, образуются новые фибриновые отложения и новые склеивания частей органов. Благодаря этому, возникают многочисленные, ограниченные то более нежными то более грубыми фибриновыми отложениями, неправильные гнойные полости между петлями тонких кишок и между остальными органами области эпигастрия. Эти фибриновые отложения защищают организм от всасывания бактерий, но не от всасывания ядовитых продуктов гноя (Хене).

Вследствие воспаления петель тонких кишок наступает паралич последних.

Благодаря всасыванию вредно действующих продуктов гноя, а также ядовитых продуктов застоявшегося содержимого кишок и при переходе воссавшихся токсинов в неядовитые продукты расщепления, наконец благодаря невозможности питания организма больной у нее наступает упадок сил. Гетероинтоксикация под влиянием инфекции, аутоинтоксикации и голодания совместно ведут к смерти даже крепкие молодые организмы.

Распространение бактерий в строме и кровеносных путях

Бактерии проникают в кровеносные пути либо посредственно, через лимфатические пути, либо непосредственно, т.е. прямо в открытые кровеносные сосуды.

Лимфа из женских половых органов, смешанная с лимфой остальных органов нижней части тела, через грудной проток течет в левую подключичную вену или в левую внутреннюю яремную вену или в место соединения обеих вен. Здесь возбудители пuerперальной инфекции, которые размножаются в строме и в лимфатических путях женской половой сферы, попадают в ток крови. В крови они частью умерщвляются, разлагаются, и их вредно действующие составные части превращаются в безвредные продукты распада, а частью воспринимаются ретикуло-эндотелиальной системой, накаплиются здесь и разлагаются.

Уничтожение попавших в кровь бактерий продолжается до образования достаточного отграничения «здоровых» тканей от бактериесодержащих, а если такого отграничения не наступает, — почти до самой смерти. Если пuerперальное инфекционное заболевание тянется недели, потеря защитных тел в циркулирующей крови постоянно восстанавливается. Это восстановление настолько полно, что даже у тяжелых септических больных бактерицидная способность циркулирующей крови почти до самой смерти ни качественно ни количественно не представляет разницы по сравнению с сывороткой здорового человека (Мюллер).

В тех случаях, где бактерицидные свойства крови настолько незначительны, что попавшие в кровь бактерии остаются в живых, кровь служит им питательной средой, и они в ней сильно размножаются (haemitis, сепсис, септицемия, рис. 472, 12), причем вскоре наступает смерть (рис. 489).

Гораздо чаще бактерии в месте инфекции поселяются в воспалительных тромбах капилляров и прекапилляров инфицированных ран или же в

свободно лежащих тромбах разорванных сосудов и уже отсюда попадают в кровь. Этот механизм имеет место главным образом при тромбозе сосудов места прикрепления плаценты.

После рождения ребенка и плаценты мускулатура матки ретрагируется, и происходит сильное смещение мышечных пучков маточной стенки. Благодаря этому вытянутые во время беременности в длину маточные сосуды сокращаются и благодаря уменьшению объема матки протяжение их укорачивается, они принимают извилистый вид и негегибаются. Послеродовые схватки сдавливают извитые сосуды и выдавливают из них кровь. Благодаря способности их стенок приспособляться к их содержанию они спадаются.

Только плацентарная площадка представляет в этом отношении исключение. Здесь между клетками стромы спонгиозного слоя и стенками сосудов находятся хорральные элементы, и кроме того триптическим путем происходит изменения сосудистых стенок (Хинзельман), которые ведут к полному закрытию сосудов, в частности вен. Последние полностью от крови однако не освобождаются. В плацентарных венах возникает застой крови, которая под влиянием фибрин-фермента раневого секрета плацентарной площадки в первые часы после родового периода свертывается, и в открытых плацентарных венах образуются тромбы. В эти тромбы устремляются те бактерии, которые, будучи занесены либо спонтанно либо при внутриматочных вмешательствах, не погибают благодаря нормальной бактерицидности послеродового секрета. Равным образом бактерии, распространяющиеся по лимфатическим путям, могут из околососудистой стромы проникать между клетками стромы и мышцами крупных венозных сосудов. Элементы венозных стенок сдавливаются фибрином и лейкоцитами, и поэтому просвет вен суживается. Благодаря этому возникают механические препятствия для тока крови, и на этой почве образуются опять-таки тромбы.

Судьба всех этих тромбов—плацентарных, воспалительных—в капиллярных и прекапиллярных венах, также тромбов в крупных венах—различна. Она зависит от действия бактерий на элементы тромбов и от реакции венозной стенки на образовавшиеся внутри тромба продукты распада бактерий и самого тромба. Эта реакция сосудистой стенки имеет воспалительный характер.

Если распад элементов тромба идет медленно, а воспалительная реакция сосудистой стенки умеренна,—тромб растет с конца в направлении сердца. Благодаря этому возникают тромбы, которые тянутся от вен плацентарной площадки через маточную стенку в венозные сплетения параметрии (рис. 476) до подвздошной вены и еще дальше (рис. 472, 9).

Если же распад элементов тромба совершается быстро, а воспалительная реакция сосудистой стенки интенсивна, то лейкоциты в большом количестве проникают из сосудистой стенки в тромб, последний нагнаивается, и просветы вен выполняются грязно-зелено-желтыми отложениями на венозной стенке. Довольно часто эти отложения состоят исключительно из бактерий (эндофлебит, рис. 477, 478, а и б).

Благодаря тому обстоятельству, что воспалительные изменения сосудистой стенки распространяются далеко от верхушки содержащего бактерии тромба или скопления гноя в вене, организм иногда в состоянии отграничить большой отрезок сосуда от здоровых. В сосудистой стенке, как и в просвете сосудов, бактериесодержащие ткани и части тромбов отграничиваются сеткой фибрина с большим количеством лейкоцитов от здоровой части сосудистой стенки и фибриновой оболочкой от текущей крови. Благодаря недостатку питательных материалов бактерии в этом случае погибают. Вместе с этим прекращается размягчение тромба, и в конце концов он организуется, начиная с венозной стенки.

Пока это отграничение не доходит до конца, к крови примешивается содержащий бактерии гной (пиемия), причем благодаря распадению

тромба на мелкие частицы и открытию гнойных полостей внутри тромба часто наступает толчкообразное наводнение крови бактериями.

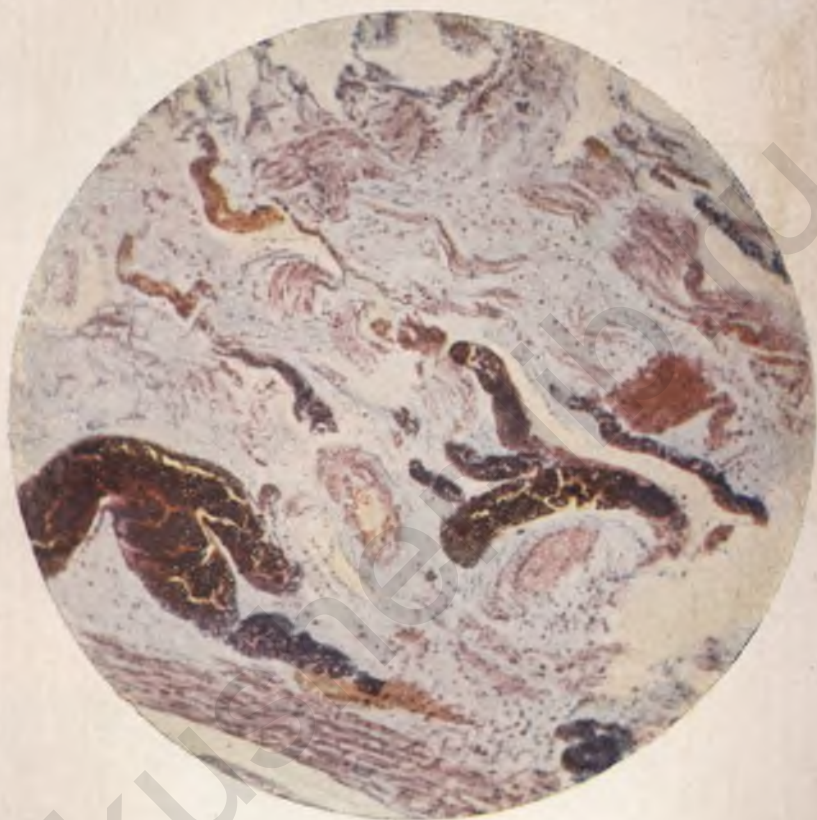
Если бактерии в текущей крови не погибают, не захватываются ретикуло-эндотелием и не разлагаются внутриклеточно, наступает перенос их и закупорка капиллярных и прекапиллярных сосудов бактериями и тромботическими массами. Эти переносы носят название метастазов.

Если вредные влияния пuerперальной инфекции на весь организм усиливаются,—образуются вдали от первоначального инфицированного тромба отдаленные тромбы. Основной причиной появления их является замедление тока крови. Последнее особенно ярко бывает выражено после больших кровопотерь с их вредным влиянием на силы сердца, после физического и психического истощения и при длительном покое тела (Ашоф). Резче всего замедление тока крови имеет место в сосудах нижних конечностей. Поэтому здесь-то главным образом и образуются отдаленные тромбы без какой-либо прямой связи с заболеваниями половых органов.

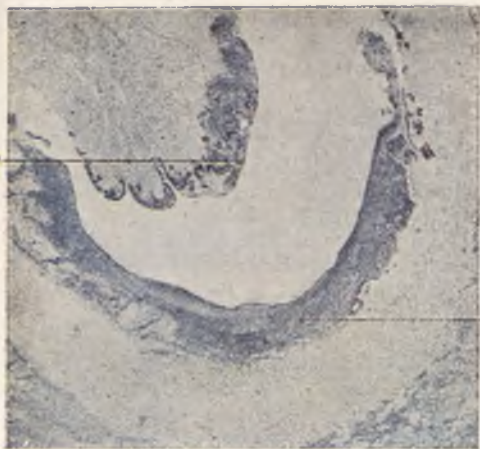
Если во время образования отдаленных тромбов бактерии циркулируют в крови, они захватываются организующимися тромбами, и таким образом возникают инфицированные тромбы далеко от места инфекции и без какой-либо прямой связи с инфицированными тромбами в заболевших половых частях (Ашоф).

В венозной стенке возникают при инфицированных отдаленных тромбах такие же воспалительные изменения, какие были описаны выше, как результат реакции венозной стенки на инфицированные тромбы в половых органах, целостность эндотелия на большом протяжении нарушается, остальные части сосудистой стенки до адвентиция диффузно пропитываются отеочной жидкостью, лейкоцитами и производными ретикуло-эндотелия. Такие метастатические инфицированные тромбы возникают у лежащих больных в нижних конечностях и в тазовых венах, главным образом в подвздошных и бедренных венах. При длительных заболеваниях возникает на всем участке затромбозированной бедренной вены значительный воспалительный отек всего бедра и соответствующей стороны таза. К этому присоединяется вследствие закупорки просвета бедренной вены тромбом застойный отек в нижних отделах конечности, голени и стопе. Эти оба отека соединяются в нижней трети бедра, что весьма значительно увеличивает объем всей заболевшей нижней конечности. Кожа последней становится напряженной и блестящей (*phlegmasia alba dolens*). Отек может распространяться на тазовую клетчатку и явиться причиной образования отеочности и опухания всего бедра, захватывая прямую кишку, затрудняя дефекацию и вызывая даже явления кишечной непроходимости.

От размягченных, первично инфицированных, а также отдаленных, вторично инфицированных тромбов, как уже выше было описано, могут механически отрываться и поступать в ток крови содержащие бактерии части, пока не наступит достаточное отграничение тромба от тока крови. Большая часть этих бактерий тотчас же умерщвляется бактерицидными силами живой крови. Если однако бактерии попадут в кровь, будучи скрыты в тромботических массах, то эта их замурованность ограждается от действий бактерицидных сил. Будучи нетронутыми, они через полую вену и правый желудочек попадают в легочную артерию и в конечные ее разветвления в легких. Отдельные бактерии и мельчайшие кусочки тромба плавают между красными кровяными тельцами капи-

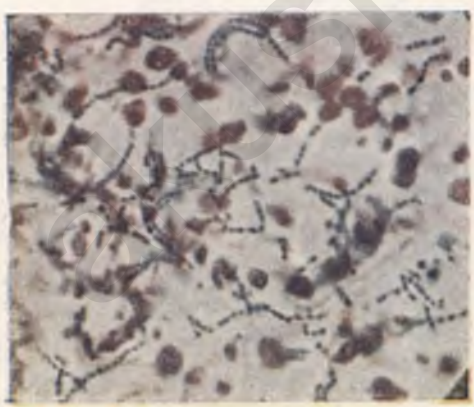
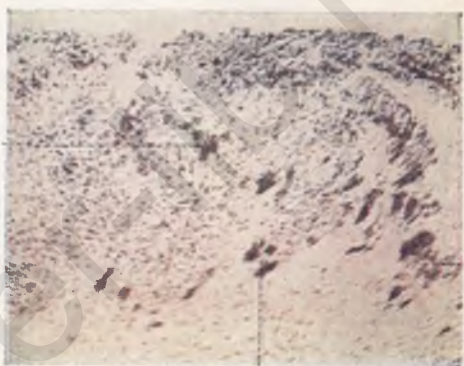


476. Прогрессирующий тромбоз, распространившийся от корней маточной вены до общей подвздошной вены. Препарат из области маточного сплетения.



477. Стрептококковый гнойный эндофлебит. Крестом отмечено место венозной стенки, не защищенное фибринозной полоской и пронизанное стрептококками. Противоположная стенка вены *a* защищена толстым слоем фибрина.

478а. Отмеченное крестом место рис. 477 при увеличении в 40 раз. Черные места, отмеченные звездочками, представляют скопления стрептококков.



478b. Одно из отмеченных звездочками мест рис. 478а при увеличении в 1000 раз.

Если сравнить рисунки 477, 478а и 478 и учесть, что видимые на рис. 478 стрептококки лежат в поле, соответствующем, при увеличении в 1000 раз, месту, где оканчивается отмеченная крестом линия на рис. 477, если принять далее во внимание, что все темные точки на рис. 478а представляют места, где стрептококки лежат так же густо, как на рис. 478, то станет понятным, каким громадным количеством стрептококков наводняется кровь при гнойном пuerперальном эндофлебите.



a



b



c

479. Пуерперальная гангрена левой стопы и нижней половины левой голени в 3 последовательных стадиях развития. Гангрена началась на 24-й день пуерперального инфекционного заболевания.

a—I стадия 28/XII 1923; b—II стадия 31/XII 1923; c—III стадия 3/I 1924.

ляров легочной артерии и отсюда попадают в большой круг кровообращения, где они в конце концов и умерщвляются. Более значительные куски тромбов остаются в капиллярах и в прекапиллярах, даже застревают в более крупных ветвях легочной артерии и закрывают просвет сосудов. В этих участках легких возникают тогда анемические инфаркты.

Изменения в тканях при закупорке артерий конечностей тромбо-эндокардитическими кусочками описываются ниже (рис. 479, *a*, *b*, *c*).

Инфаркты образуют для бактерий, заключенных в кусочках тромба, прекрасную питательную среду, где они размножаются, и таким образом возникает септический инфаркт. Воспалительная реакция со стороны окружающих здоровых тканей ведет к образованию в септическом инфаркте абсцеса (легочный абсцес). Если абсцесы возникают в тончайших разветвлениях капиллярной сети плевры, то развиваются септические плевриты, а при прорыве абсцеса в полость плевры—эмпиема. При отграничении легочного абсцеса возникают в области легочных вен воспалительные тромбы. В эти тромбы проникают из легочных абсцесов бактерии. Если и эти тромбы в легочных венах размягчаются, то замурованные в тромботических массах бактерии попадают в левое сердце и отсюда в большой круг кровообращения. Здесь они остаются в капиллярах и в прекапиллярных артериях конечностей и внутренностей.

В сосудистой системе образуются абсцесы в стенке сердца и воспалительные отложения на эндокарде и сердечных клапанах (пурперальный эндокардит). Если кусочки от этих тромбо-эндокардитических отложений попадают в ток крови, они ведут к образованию метастазов в самых различных органах. Большие куски могут полностью закрыть просвет больших артерий. В снабжаемых ими участках тела внезапно наступает артериальная анемия вплоть до полного запустевания сосудов и прерывания окислительных процессов обмена в наружной жидкости и протоплазме клеток (рис. 479, *a*, *b*, *c*). Потребность в крови или кислороде в первое время частично покрывается первоначально благодаря механизму взаимной и антагонистической иннервации кровообращения путем обратного тока в венозном кругу ближайших участков. Благодаря этому подкожные и глубже лежащие вены наполняются кровью. Подкожные сети вен выступают вполне отчетливо вплоть до области малых вен (рис. 479, *a*). Уже спустя немного часов поступление кислорода в красные кровяные тельца прекращается, и под влиянием недостатка кислорода эндотелий и другие клеточные элементы больших и малых вен становятся проходимыми для растворенных тканей (Риттер). Так как под влиянием недостатка кислорода страдает также и резистентность красных кровяных телец, красящее вещество их диффундирует в сыворотку, откуда проникает в околососудистую ткань, что ведет к разлитому темносинему окрашиванию анемичных участков ткани (рис. 479, *b*). При полном обеднении кислородом анемических тканей наступает их омертвление (пурперальная гангрена на почве инфекции, рис. 479, *c*). Там, где бактерии сохраняются несмотря на бактерицидные свойства крови, они ведут к воспалению и образованию абсцесов в области их занесения.

На туловище и в конечностях образуются абсцесы, в костном мозгу, в мышцах и суставах—пурперальные метастатические остеомиелиты, миозиты, артриты и т. п.

Из органов чувств чаще всего заболевают глаза благодаря метастазам в сетчатку и сосудистую оболочку. В результате получается абсцес,



480. Пуерперальная метастатическая панюфталмия. Острый воспалительный отек века.



481. Пуерперальная метастатическая панюфталмия. Нагноение глазного яблока.

разрушающий весь глаз (пуерперальная метастатическая панюфталмия, рис. 480 и 481).

Из остальных органов метастазы чаще всего наблюдаются в почках и селезенке. Возникают абсцесы в паренхиме почек. Метастазы в мозг ведут к образованию абсцесов мозга и к гнойному менингиту.

С тех пор как мы знаем, что эндотелий сосудов принадлежит к ретикуло-эндотелиальной системе, задачей которой является захватывающие бактериальных токсинов и бактериальных клеток из циркулирующей крови, для нас стал понятен патогенез различных местных повреждений сосудистой стенки, которые проявляются на коже. Здесь то обнаруживаются быстро проходящие нарушения тонуса сосудов, проявляющиеся в форме летучих кореподобных сыпей, то эти нарушения тонуса продолжается более длительное время и напоминают скарлатинозную экзантему (рис. 482).

Если организм в результате прорыва в кровь большого гнойника наводняется бактериальными ядами и бактериями, возникают постулезные формы сыпи, причем благодаря проходимости сосудистых стенок капилляров и прекапилляров для красных кровяных телец развиваются кожные кровоизлияния—*purpura* (рис. 483).

В конце концов возникают бактериальные эмболии в мельчайших артериях или венах, ведущие к образованию узловатых инфильтратов. Им предшествует появление инфарктов в питаемых ими участках, причем в этом случае пораженная ткань резко отличается от окружающей здоровой ткани темносиним цветом. Возникает гангрена кожи. Из подвергшихся гангрене центров вытекает гной. Если подобные изменения наступают в тонкой коже, покрывающей варикозные участки подкожных вен, то одновременно возникает гнойный флебит варикозных узлов, откуда организм наводняется постоянно новыми массами патогенных возбудителей. Подобные процессы возникают также в сосудах глубже лежащих частей организма и ведут к поражению высокодифференцирован-



482. Септическая экзантема при пuerперальной раневой инфекции



483. Мелкопятнистая пурпура при пuerперальной раневой инфекции.



484. Моча, кровяная сыворотка, асцитическая жидкость и агаровая культура при пuerперальной инфекции, вызванной *Bact. aerogenes capsulatus*.

a—моча в разведении 1:10; *b*—сыворотка в разведении 1:10; *c*—асцитическая жидкость в разведении 1:10; *d*—разводка на агаре анаэробов из маточного секрета.

ной паренхимы жизненно важных органов, как печень, почки, сердце, нервная система, костный мозг и кровяные клетки. Нарушается также созревание граафовых пузырьков, и месячные у женщины могут целыми месяцами отсутствовать.

Следствием разрушения большого количества красных кровяных телец помимо падения числа их до 300 000 в 1 мм³ (нормальное число — 5 000 000) и количества гемоглобина до 20% является наводнение ретикуло-эндотелиальной системы, печени, селезенки и других органов составными частями распавшихся эритроцитов, чем ее способность к захватыванию новых полностью исчерпывается, и в результате появляется гемоглобинемия. Макроскопически кровь теряет свой красный цвет и принимает окраску мясных помоев («лаковая кровь»). Циркулирующий в крови свободный гемоглобин превращается стрептококками (а при газовой гангрене — бактериями вида *bac. aërogenes capsulatus*) в метгемоглобин и гематин, а также сульфогемоглобин (Липшиц). Эти красящие вещества крови исключительно стойки, и их клиническое значение заключается в том, что они не в состоянии отдавать кислород. Вследствие этого окислительные процессы в общем обмене веществ понижаются настолько сильно, что нарушается обмен веществ в протоплазме ретикуло-эндотелиальных клеток, и в результате наступает смерть.

Гемоглобин, гематин и метгемоглобин — суть вещества, выделяющиеся с мочой. Они дают характерные линии поглощения в красной части спектра. Вещества эти однако лишь медленно выделяются, так что в свежей кровяной сыворотке еще спустя 6 недель после выздоровления они могут быть обнаружены спектроскопом.

Является понятным, что при значительном распаде красных кровяных телец скопляется значительное количество красящих веществ крови в паренхиматозных клетках печени и образуется богатая билирубином желчь, часть которой при избыточной продукции попадает в циркулирующую кровь. Поэтому при пuerперальных стрептококковых инфекциях возникает желтуха. В настоящее время твердо установлено, что билирубин образуется также и вне печени, повидимому в ретикуло-эндотелиальной системе или с ее помощью. Напротив, патобиологическое значение этого внепеченочного билирубина для генеза и формы желтухи еще не выяснено.

При инфекциях, вызванных *bac. aërogenes capsulatus*, имеет место быстрое и значительное разрушение красных кровяных телец. В зависимости от массы свободных красящих веществ крови под влиянием возбудителей болезни, переходящих в оксигемоглобин, метгемоглобин, гематин и сульфогемоглобин, кровяная сыворотка (рис. 484, *b*) и асцитическая жидкость (рис. 484, *c*) принимают окраску от желто-коричневой до темнокрасной (Нюринбергер). Благодаря переходу веществ в мочу последняя также окрашивается в желто-красный, коричнево-красный и даже в черный цвет (Хейман, рис. 484, *a*).

В отношении скопления продуктов распада эритроцитов в ретикуло-эндотелии печени и селезенке, а также в печеночной паренхиме надо повторить то же, что было сказано относительно стрептококковых инфекций.

При быстром течении газовой гангрены и при значительном разрушении красных кровяных телец выступает нарушение окислительных процессов в виде цианоза. В течение немногих часов диагноз переходит с одних частей организма на другие, отчего окраска кожи отли-



485. Пuerперальная метастатическая панофтальмия при ишемии, вызванной гнойным стрептококком.



486. Больная 27 л. Пuerперальный газовый сепсис, вызванный *Bac. aerogenes capsulatus*.

чается даже по преимуществу то желто-коричневыми то зелено-коричневыми или меднокрасными или синеватыми тонами (рис. 485, 486). Одновременно и склеры становятся то красноватыми (рис. 486), то зеленоватыми, то желто-коричневыми. Если нарушается работа печеночной паренхимы, то к этому примешивается окраска, свойственная уробилину, и в моче появляется уробилин, реже уробилиноген.

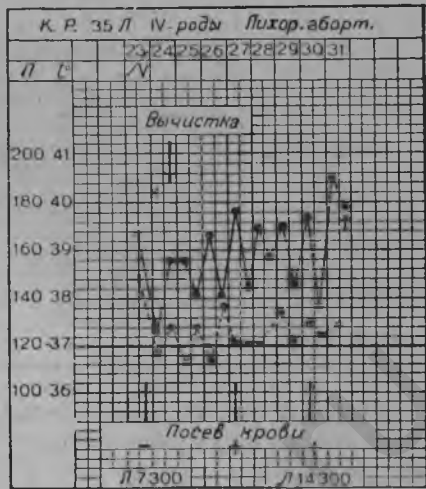
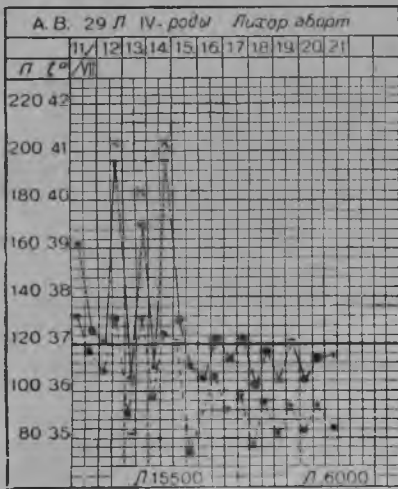
При размножении возбудителей газовой гангрены в строме отдельных органов возникают более мелкие и более значительные полости, содержащие газ; консистенция органов делается при этом губчатой. Измененные таким образом органы получают название пенистых органов.

Симптомы пuerперальных септических заболеваний и их клиническое значение

Нижеописываемые симптомы пuerперальных заболеваний являются одинаковыми независимо от того, попадают ли возбудители заболевания в живые ткани во время беременности, в течение длительных родов или впервые только в послеродовом периоде. Если человеческому организму не удастся убить внесенных или самостоятельно проникших в живые ткани бактерий на месте инфекции, то как бактериальные тела, так и вредно действующие их продукты поступают в кровь до того времени, пока не произойдет полного отграничения наводненных микробами тканей от здоровых.

На вредные влияния организм реагирует общими и местными симптомами, которые могут отчасти быть установлены различными находящимися в распоряжении врачей объективными методами, частью же выражаются лишь в субъективных ощущениях больных и могут быть выявлены лишь путем анамнеза. Дело врача—правильно оценить эти симптомы и сообразно с данными диагноза и прогноза правильно применить врачебное вмешательство.

При изложении клинического значения этих симптомов я отступаю



487. 3-месячный аборт, лихорадка, ежедневно потрясающие знобы, кровотечения. В маточном секрете стрептококки. На 3-й день самопроизвольно вышел плод, на 5-й день — плацента, после чего температура упала, пульс сделался реже, потрясающие знобы прекратились. На 11-й день больная выписана здоровой. × — потрясающий зноб; л — число лейкоцитов.

488. 3-месячный аборт. Лихорадка, потрясающие знобы и кровотечения. В маточном секрете — стрептококки и кишечные палочки. Выскабливание на 5-й день заболевания, смерть на 10-й день. Вскрытие — септический эндометрит; гнилостный флебит и перифлебит левой семенной вены, эндокардит. × — потрясающий зноб; л — число лейкоцитов.

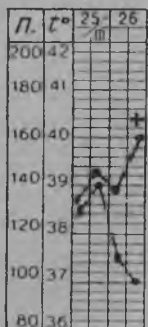
от обычно принятого порядка, так как я излагаю симптоматику, диагноз и прогноз не по отдельным главам, а заканчиваю описание каждого симптома критическим разбором его диагностического и прогностического значения.

Объективно устанавливаемые общие симптомы

В течение первых двух дней после родов температура у роженицы нередко достигает 37° в подмышечной впадине. Начиная с 3-го дня, она колеблется между 36° и 37° . С этого времени всякое повышение температуры выше 37° должно наводить на мысль о начинающемся пuerперальном заболевании. Так как повышения температуры наблюдаются и при всяких других инфекционных заболеваниях, то они рассматриваются как симптом пuerперального заболевания у лихорадящей роженицы лишь тогда, когда при подробном исследовании всего организма может быть исключена внеполовая причина лихорадки.

При всех формах пuerперальных раневых заболеваний температура может подняться выше 40° . Ее высота не имеет никакого диагностического значения ни для определения вида возбудителя заболевания ни для определения степени его способности проникать в живые ткани. Повышения температуры выше 40° наблюдаются часто как при быстро проходящих заболеваниях, вызванных сапрофитами, так и при истинных раневых пuerперальных инфекциях (рис. 487 и 488).

Пульс является лучшим показателем, чем температура. Кто в состоянии его хорошо оценить, тот лучше может поставить диагноз и прогноз, чем руководящийся больше температурными данными.



489. Молниеносный сепсис.

5-месячный аборт у 39-летней. Пуерперальный стрептококковый сепсис. До 21. III. 1909 нормальное течение беременности. С 21. III по 24. III кровотечение со сгустками. 24. III общие расстройства в форме сильных колющих болей в руках и ногах, опухание конечностей, которыми больная не могла двигать. Поступила в клинику 25. III. Смерть 26. III. Вскрытие: пуерперальный сепсис, септическая селезенка, на конечностях (на обоих предплечьях и голенях) опухания, при разрезе которых из мускулатуры и подкожной клетчатки вытекает мутная жидкость. При микроскопическом исследовании в этих местах межтканевная ткань отекает, местами инфильтрирована лейкоцитами. На внутренней поверхности матки всюду асептовато-грязные отложения. Параметрии, трубы и яичники свободны, в других органах метастазов нет. При бактериологическом исследовании найдены стрептококки в крови сердца, селезенке и отечной жидкости из мускулатуры рук и ног.

Кривая пульса большей частью идет параллельно температурной кривой. Пульс при пуерперальном заболевании бывает ускорен. Колебания температуры между 38 и 41° сопровождаются колебаниями частоты пульса между 130—160 ударами в минуту. В отношении кривой пульса в общем остается верным все то, что было сказано о температурной кривой.

Напротив, наблюдающееся как в начале, так и в течение заболевания значительное несовпадение температуры и пульса, напр. учащение пульса выше 150 ударов в минуту при температуре ниже 38°, имеет большое клиническое значение—оно говорит о тяжелом состоянии заболевшего организма, т. е. о большой способности к прониканию со стороны возбудителя болезни и незначительной сопротивляемости со стороны заболевшего организма (рис. 489).

Длительное колебание частоты пульса между 100 и 120 ударами в минуту при повышении температуры, максимальная величина которой держится между 39 и 40°, указывает при длительном заболевании на то, что в сравнении с сопротивляемостью организма способность возбудителей болезни к прониканию стала умеренной.

К повышенной температуре часто присоединяются знобы. Они обычно наступают тогда, когда большие количества бактерий поступают в кровь и там растворяются. Знобы не позволяют делать никакого заключения ни о виде возбудителя болезни ни о степени его способности проникать в ткани (рис. 487 и 488). Частота знобов не является также показателем исхода заболевания.

Только постоянно повторяющиеся знобы по истечении 1 недели после родов с большой уверенностью говорят за пиемию (рис. 494). Цитологические исследования крови указывают большей частью на увеличение числа белых кровяных телец, идущее параллельно с повышением и учащением пульса (гиперлейкоцитоз). Наиболее резко увеличивается при этом число нейтрофильных лейкоцитов. Количество лейкоцитов не позволяет делать заключения относительно вида болезненного возбудителя или его пенетрационной способности (рис. 487, 488), падение же количества лейкоцитов (лейкопения) ниже нормы при одновременной высокой температуре и учащенном пульсе указывает на тяжелое состояние больного организма, т. е. на высокую способность к прониканию со стороны возбудителей болезни и слабую сопротивляемость организма. Это относится преимущественно к относительно увеличению одноядерных лейкоцитов (Арнет, Ковнацкий), исчезновению эозинофилов и в особенности к падающему со дня на день числу лимфоцитов (лимфопения). При длительных заболеваниях усиливающееся повреждение организма может быть распознано при относительно незначительных общих явлениях по падению гемоглобина до 20% и ниже. В красной крови отмечается пойкилоцитоз, а среди полинуклеарных лейкоцитов—токсические формы (Адлер).

Диагностическое и прогностическое значение подобного состояния может быть установлено лишь при повторных исследованиях специалистами-гематологами.

Бактериологическое исследование крови во время лихорадочных приступов путем посева ее на искусственных средах позволяет часто выделить различные микроорганизмы. Однократный отрицательный результат посева крови не дает однако права делать никаких выводов, однократный же положительный результат позволяет только установить вид находящегося в крови микроорганизмов. Изолированный из крови микроб не имеет большого значения для прогноза. Об отношении изолированного из крови микроба к степени сопротивляемости больного организма единичные положительные результаты посева крови ничего не говорят—только многократные положительные находки в крови имеют значение в смысле дурного предсказания (Соден).

Лишь длительное нахождение микроба одного и того же вида в циркулирующей крови указывает на истощение антибактериальных сил крови и сопротивляемости организма.

Повторные положительные результаты посева крови при увеличивающемся числе колоний на твердых средах и при одинаковом числе посеянных колоний позволяют сделать заключение, что бактерии даже размножаются в крови.

О тяжести инфекции говорит также реакция организма на подкожное введение скипидара: если при этом абсцеса не получается, можно сделать заключение об истощении антибактериальных сил организма (Дуэ).

Дальнейшее влияние вредных продуктов распада бактерий в крови на жизненно важные органы проявляется в виде следующих симптомов: вследствие влияния на сердце истощаются его силы, кровяное давление падает, пульс трудно сосчитывается.

Наряду с вышеупомянутыми повышениями температуры и учащением пульса выявляются нарушения как в центральной нервной системе, так и в периферическом висцеральном нервном сплетении. Первые ведут к ступору или эйфории, мочевой пузырь и прямая кишка опорожняются непроизвольно, наступают проливные поносы и поты.

Вредное влияние на почки мы узнаем по наличию белка в моче, а также красных кровяных телец и зернистых цилиндров в мочевом осадке. Нагноение, гемоглобинурия, билирубинная желтуха и кровяная сыворотка, похожая на мясные помои, указывают на стрептококковую и стафилококковую инфекцию. Если одновременно образуются зловонные газы, это значит, что возбудителями подобной инфекции являются облигатные анаэробные стрептококки или кишечные палочки, которые проникают в секреты и некротические ткани.

С другой стороны, темнокрасная кровяная сыворотка, черно-коричневая моча и желто-зеленая, цианотическая или же меднокрасная роговая оболочка являются классически-симптоматологической триадой газовой инфекции (рис. 485, 486.).

Vac. aërogenes capsulatus дает газ без запаха, не образуя одновременно гноя.

Уробилинурия или уробилиногенурия указывает на повреждения паренхимы печени (Бенда).

Высокие цифры мочевины, аминокислот и мочевой кислоты, равно как и остаточного азота в крови (без эклампсии) позволяют сделать заключение о том, что дело идет о задержке этих веществ вследствие недостаточности почек, а не о чрезмерной продукции их вследствие повреждений паренхимы печени.

Нарушения водного обмена или равновесия общего обмена веществ проявляются в падении количества мочи и уменьшении веса. Слизистые оболочки губ, десен и языка становятся сухими, они теряют способность к самоочищению и кровоточат из многочисленных капилляров. Через стеноз проток проникают бактерии полости рта, околоушная железа

опухает, дыхание делается зловонным. Кожа лица теряет свой тургор, глаза западают, нос заостряется и становится холодным, роговая оболочка делается бледной.

Общие явления субъективного характера

Отдельные больные в той или иной степени жалуются на общее болезненное самочувствие, слабость, отсутствие аппетита, повышенную жажду, бессонницу, боли в различных местах тела. Наряду с этим имеют место субъективные симптомы, которые позволяют подтвердить и обосновать объективную картину болезни.

Если во время зноба наступает тяжелое болезненное самочувствие вплоть до ощущения наступления смерти, то эти субъективные ощущения не следует рассматривать как достоверный дурной признак, поскольку в промежутках между знобами наступает вполне хорошее состояние.

С другой стороны, эйфория, т. е. хорошее самочувствие и полное отсутствие желаний, связанная с частым и малым пульсом и одновременно с субнормальной температурой, не должна вводить в заблуждение врача относительно серьезности прогноза. Эйфория и бред являются типичными проявлениями болезни при размножении возбудителей послеродовой инфекции в крови (молниеносный сепсис, септикопиемия).

Объективные местные изменения

Я считаю совершенно недопустимым, если врач при суждении о заболевании лихорадкой беременной или роженицы довольствуется только бимануальным исследованием половых органов. В настоящее время, когда многочисленные заболевания во время беременности, родов или послеродового периода наступают как следствие инфицирующего вмешательства при прерывании беременности, необходим детальный осмотр половых органов, без чего часто ускользают от внимания врача важные объективно определяемые изменения, которые должны руководить его врачебными мероприятиями.

Цитологические и бактериологические изменения в секретах полового канала

Цитологические и бактериологические изменения отделяемого половых органов имеют клиническое значение только в начале заболевания. Позднее возбудители болезни либо исчезают из послеродовых язв и их отделяемого и из отделяемого матки либо они путем внедрения банальной влагалищной флоры настолько вытесняются, что результат бактериологического исследования не может иметь несомненного значения. При восхождении гонореи из полости матки в трубы гонококки из уретры и секрета шейки внезапно исчезают во время острой стадии гоноройных сальпингитов, оофорита и пельвеоперитонита. Только в подострой стадии этих заболеваний они опять появляются в отделяемом вышеупомянутых органов.

Микроскопическое исследование окрашенных препаратов из секрета половых органов является единственно надежным для диагноза гонореи. Чтобы поставить диагноз последней с уверенностью, должны быть



490. Кисточка для взятия маточного отделяемого и щипцы для нее.

исследованы мазки из отделяемого уретры, бартолиниевых желез и маточной шейки.

Кажущееся отсутствие в препарате микроорганизмов не исключает наличия их в отделяемом половых органов. Кажущийся перевес одного вида бактерий (за исключением гонококка) в препарате не позволяет судить ни о значении бактериальной флоры выделений половых органов ни о виде возбудителя заболевания. Присутствие или недостаток фагоцитирующих клеток не позволяет сделать никаких заключений о сопротивляемости организма в отношении возбудителя болезни. Только бактериологически установленное наличие чистых культур стрептококка при исследовании отделяемого половых органов позволяет правильно поставить прогноз (Хейрлен-Цвейфель). Бактериологическое исследование влагалищного секрета не дает возможности с уверенностью определить возбудителя инфекции, так как нередко к нему присоединяются сапрофиты из вульвы. Отделяемое матки, напротив, является гораздо более чистым, и поэтому результаты его исследования гораздо более доказательны.

Исследование отделяемого матки. Исследование мазков из маточного секрета бывает достаточно лишь для диагноза гонореи. Только посев на твердых средах дает нам приблизительно верное представление о микробной флоре отделяемого матки.

При взятии отделяемого матки необходимо положить родильницу на стол или поперечную кровать таким образом, чтобы ее половые органы могли быть доступны для легкого обозрения. После очистки наружных половых органов от секрета сухой стерильной ватой или марлей стерильными руками при одновременном расширении половой щели вводится во влагалище стерильное зеркало и обнажается влагалищная часть матки. Далее движением передней пластинки зеркала поднимают переднюю стенку вагина и открывают наружный зев. Затем очищают стерильной сухой ватой или марлей этот последний и вводят в полость матки для взятия отделяемого стерильную кисточку или стерильную трубочку Дедерлейна.

Пробирка с кисточкой должна быть простерилизована и открываема непосредственно перед употреблением. Кисточка должна касаться исключительно только того места, откуда необходимо взять секрет. Кисточка эта захватывается (рис. 490) за конец обыкновенным коридангом или абортцангом и вводится в матку так же, как вводится маточный зонд.

После захватывания секретом кисточка немедленно вкладывается обратно в стерильную пробирку, которая затыкается стерильной ватной пробкой.

Так как среди возбудителей пuerперальной инфекции находятся многочисленные облигатные аэробы и анаэробы, то необходимо всегда производить посевы отдельно анаэробов и аэробов. Сапрофиты узнаются по запаху.

В остальных отношениях секрет маточной полости исследуется бактериологически так же, как и другие секреты. Относительно техники бактериологического исследования я отсылаю читателя к учебникам и руководствам по бактериологии.

Клиническое значение бактериологического состояния отделяемого матки. Отделяемое матки в случаях лихорадки, не зависящей от состояния половых органов, во время беременности, родов и в первые 3 дня послеродового периода после безлихорадочных родов большей частью бывает свободно от бактерий.

Но уже начиная с 4-го дня послеродового периода и при внеполовой лихорадке рукавные бактерии проникают в полость матки. Поэтому начиная с этого времени состояние отделяемого не имеет значения. С 10-го дня послеродового периода отсутствие микробов в полости матки также не имеет ни диагностического ни прогностического значения, так как в течение пuerперальной инфекции наступает рано антибактериальное самоочищение полости матки. Несмотря на свободную от бактерии полость матки, несмотря на происшедшее или происходящее заживление родовых язв инфекция распространяется в глубину тканей через границы матки, и при свободной от микроорганизмов полости матки больная часто находится в смертельной опасности.

Также и у безлихорадочных кровоточащих беременных (напр. при угрожающем аборте), у кровоточащих рожениц (напр. при предлежании детского места) и при хронических кровотечениях в послеродовом периоде (напр. при задержке частей плаценты) женщины после каждого оперативного вмешательства на половых органах подвергаются опасности, если отделяемое матки содержит микроорганизмы, относящиеся к группе золотистого гноеродного стафилококка (Винтер, Трауготт). Об опасности скрытой инфекции см. выше.

Если в отделяемом половых органов лихорадящей беременной, роженицы или родильницы находятся стрептококки или бактерии, принадлежащие к группе золотистого гноеродного стафилококка, то такие больные должны быть рассматриваемы в дальнейшем как инфицированные, потому что мы в настоящее время не в состоянии с уверенностью отличать стрепто- и стафилококков, которые в данный момент являются сапрофитами, от паразитов.

Во всех этих случаях мы избегаем оперативных вмешательств на половых органах, потому что при этих вмешательствах микробы могут легко проникнуть в живые ткани.

В акушерско-гинекологической клинике Цюрихского университета Коллер определял вирулентность по Руге и Филиппу (испытание бактерицидности собственной крови в отношении исследуемых бактерий) у больных с раком маточной шейки, чтобы по послеоперационному течению установить правильность определения вирулентности. Послеоперационный период после полной экстирпации по поводу рака шейки только при наличии неvirulentных бактерий оказался протекавшим без осложнений. Если в раковой язве встречались бактерии, обладавшие способностью размножаться через 3 и 6 часов в собственной крови больной, то в послеоперационном периоде обнаруживались инфильтраты в субсерозном слое и флегмоны брюшной стенки, а одна из таких больных умерла от инфекции.

Опираясь на результаты этих исследований при раке шейки, Коллер перешел к подобным же исследованиям отделяемого шейки при внутриматочных вмешательствах (обследование полости матки, выскабливание, удаление плацентарных полипов, влагалищное и абдоминальное прерывание беременности). Если при наличии в цервикальном секрете стрептококков и стафилококков у последних отсутствовала способность размножаться в собственной крови больных, то несмотря на это было предпринимается внутриматочное вмешательство. Послеоперационные поднятия температуры являлись при этом хорошим сигналом о допустимости оперативного вмешательства.

При отсутствии вирулентных стрептококков и стафилококков в отделяемом шейки послеоперационное течение было нормальным, как и в тех случаях, где эти микроорганизмы вообще не были обнаружены (см. таблицу на след. стр.).

Основываясь на этих результатах, мы производим в настоящее время выскабливание всех лихорадящих и нелихорадящих абортующих даже тогда, когда имеются в наличии стрептококки и бактерии, принадлежащие к группе гноеродного золотистого стрептококка, если они при исследовании по Руге и Филиппу оказываются авирулентными. Если же результаты исследования неблагоприятны, то лучше держаться нашего старого метода (см. выше).

Вид операции	Вирулентность бактерий	Температура выше 37°	Температура выше 38°	Встала с постели на	Внематочные заболевания
Вагинальные внутриматочные операции (исследование маточной полости, прерывание беременности, задержка плаценты, энуклеация миом) . .	Отсутствие стрептококков и стафилококков. 60 сл. . . .	1,7 раза	0,1 раза	8-й день	Отсутствовали
	Невирулентные стрептококки или стафилококки. 60 сл.	1,9 раза	0,1 раза	5-й день	Отсутствовали

Местные изменения при пuerперальной инфекции, устанавливаемые осмотром, перкуссией и пальпацией

В целях наиболее основательного исследования половых органов больная должна находиться в таком положении, какое было описано выше для взятия отделяемого матки. При таком положении обнаруживаются раны промежности, наружных половых органов и входа во влагалище, а равно и налеты на этих ранах. При раскрытии влагалища зеркалами становятся ясно видными язвы влагалища, в особенности столь частые повреждения влагалищных сводов и влагалищной части. Если наружный маточный зев раскрывается при помощи зеркала, то через него можно бывает видеть слизистую оболочку канала шейки.

Если на ранах промежности влагалища, влагалищной части или видимой части слизистой цервикального канала имеются зеленовато-желтые отложения, то их присутствие и распространение имеют клиническое значение.

Когда они ограничиваются свободно лежащей соединительной тканью послеродовых ран и дальше границ эпителия разорванной слизистой не заходят, это значит, что они являются результатом жизнедеятельности стрептококков и стафилококков. Палочка дифтерии распространяется в эпителии слизистой, образуя на свободной слизистой влагалища белую блестящую пленку, далеко выходящую за пределы краев раны. Клиническое значение дифтерийных пленок во влагалище таково же, как и в горле.

Другие отложения на родовых ранах имеют значение как показатели известной степени способности к прониканию в ткани со стороны возбудителя заболевания; степень этой же способности видом отложений не определяется.

Возникающие благодаря восходящей инфекции через межклеточные пространства или лимфатические пути опухоли придатков (сальпингиты, острые оофориты) находятся в следующих отношениях с маткой.

В области маточных концов труб появляются прежде всего тяжи толщиной около пальца или несколько толще, объем которых около безыменных линий внезапно значительно увеличивается, благодаря чему тяжи колбообразно набухают. Если в воспалительный процесс вовлекается яичник, то значительной величины отечная припухлость давит на боковой свод влагалища, вдаваясь в просвет последнего. Со стороны стенки костного таза поверхность опухоли представляется вогнутой и хорошо подвижной (см. дальше—параметрит). В направлении свободной брюшной полости границы остро возникшей отечной

опухоли в начале заболевания бывают резко очерчены, но затем благодаря спайкам с ближайшими кишечными петлями становятся неясными.

Функции мочевого пузыря и толстых кишок остаются при этом нормальными, и субъективные ощущения болей не соответствуют значительным анатомическим изменениям, хотя иной раз бывает и наоборот.

Соответственно незначительным общим явлениям клишированное значение этих часто весьма значительных анатомических отклонений от нормы бывает невелико. Нередко упомянутые воспалительные опухоли спустя несколько дней исчезают. В других случаях развиваются гнойные ретенционные опухоли в трубах (*pyosalpinx*) и в яичниках (абсцессы яичников, рис. 470). Воспаления в этой стадии описываются в учебниках гинекологии, куда я и отсылаю читателей.

Чаще всего возбудители болезней проникают из инфицированных ранений матки и влагалища в лимфатические пути, причем задерживаются сначала в лимфатических железах. Редко развивается при этом клиническая картина флегмоны вульвы и паравагинальной флегмоны, но зато зачастую при этом развивается картина флегмоны параметральной клетчатки (параметрит, параметритический экссудат).

Параметральная флегмона является наиболее частой и практически важной формой среди трех видов внебрюшинных флегмон. Границы ее могут быть установлены единственно путем двуручного исследования. Твердо установлено впрочем, что путем обычного двуручного исследования через рукав могут быть определены лишь передние или верхние границы флегмоны и ее отношение к передней стенке таза, к мочевому пузырю и к пузырно-рукавной перегородке, установить же границы ее книзу и кзади можно только путем двуручного исследования через прямую кишку и одновременно через рукав. Двуручное прямокишечно-влагалищное исследование показывает, в какой мере затронуты процессом широкие связки, крестцово-маточные связки, задняя параметральная клетчатка, ее отростки в прямокишечно-влагалищной перегородке и параректальная соединительная ткань.

Для отличия параметрита от внутрибрюшинных экссудатов (*pyosalpinx*, *pyoovarium*) имеет большое дифференциально-диагностическое значение полная неподвижность параметрального экссудата в отношении костного таза. Эта неподвижность объясняется вовлечением в процесс тазовой фасции (*fascia endopelvina*) и надкостницы (см. выше).

Пока параметральная флегмона не переходит сверху за безыменные линии, она не может быть распознана ни осмотром, ни перкуссией, ни пальпацией живота. Только обширные флегмоны, которые выходят за эти линии и достигают подвздошных ямок, могут быть обследованы подобным образом. В этом случае возможно определить лежащую сбоку параллельно и непосредственно у пупартовой связки тупость, которая появляется потому, что благодаря экссудату серозный покров передней брюшной стенки и легко подвижные петли кишок оттесняются в медиальную сторону. При пальпации область этой тупости оказывается более плотной, чем ткани вокруг нее.

Флегмоны, которые распространяются из подвздошных ямок вдоль передней или боковых стенок живота, диагностируются уже путем сравнительного осмотра контуров обеих половин живота. Краснота кожи, высокая температура ее, флюктуация и боль в месте опухания являются критериями того, что гной распространяется из малого таза под передней брюшной стенкой (рис. 473).

Эти же признаки могут служить для диагностики параметральной флегмоны, которая распространяется назад. После того как она прорвется через большую седалищную дыру, под ягодичными мышцами и отсюда к коже седалищной области в этой последней образуется флюктуирующая опухоль со всеми признаками воспаления (краснота, температура, боль). Если эта флегмона переходит за границу крестцово-подвздошного сочленения вдоль яичниковых сосудов в направлении к головному их концу, гной располагается перед *m. quadratus lumborum*.



491. Больная 36 л. Правосторонний гнойный параметральный экссудат, поднимающийся мимо правого крестцово-подвздошного сочленения под правым *m. ileopsoas*. Типичное держание бедра в положении сгибания и отведения для уменьшения напряжения *m. ileopsoas*.

Благодаря толщине спинной мускулатуры краснота кожи в этом месте бывает незаметна, а также наощупь неощутима и разница в температуре на здоровой и больной сторонах. Диффузный воспалительный отек бедра и болезненность при давлении на гребешок подвздошной кости являются клиническими признаками флегмоны, поднимающейся выше этого гребешка. Для окончательной установки диагноза здесь необходима пробная пункция.

Натечные абсцессы, исходящие из гнойных параметральных флегмон, распространяются через прямокишечно-рукавную перегородку на промежность или достигают паравагинальным путем больших половых губ и параректальной клетчатки. Изменения, которые возникают на их пути, являются такими же, какие будут описаны мной при флегмонах вульвы и влагалища (см. ниже).

Если нагноившаяся параметральная флегмона прорвется в прямую кишку или в мочевого пузырь, то гной выходит наружу с калом или мочой. Место прорыва может быть распознано при помощи ректоскопа и ги цистоскопа.

В тех случаях, где воспалительно инфильтрированная соединительная ткань охватывает прямую кишку, причем просвет последней суживается параметральным экссудатом до узкой саблевидной щели, или гнойный параметральный экссудат прорывается в прямую кишку, функция последней почти никогда не нарушается. Лишь при воспалении тазовой брюшины наступает паралич нижних отделов кишок и благодаря этому задержка кишечных газов и стула.

Если флегмона через ретциевое пространство достигнет ретроперитонеальной соединительной ткани передней брюшной стенки, то больная принимает характерное положение на спине: колени ее согнуты, чтобы защитить воспаленную переднюю стенку живота от давления со стороны одеяла.

Если флегмона распространяется из параметрия на область ягодиц, больная в течение долгого времени лежит на здоровой стороне.

При флегмонах бедра больная пытается уменьшить напряжение мышц и их отечных покровов путем легкого приведения и сгибания больной конечности.

При абсцессе в области *m. psoas* напряжение уменьшается путем сгибания и приведения соответствующей конечности (рис. 491).

Гораздо реже наблюдается картина флегмоны вульвы и влагалища. Признаки флегмоны вульвы—опухание, краснота и повышение температуры заболевших тканей—по сравнению с здоровыми тканями других частей тела настолько характерны, что не нуждаются в описании.

При флегмоне вульвы большая держит бедра отведенными в разные стороны. Когда возбудители заболевания проникают из инфицированных ран влагалища *per continuitatem* в околовлагалищную соединительную ткань, возникает флегмона влагалища (околовлагалищная боковая флегмона) или флегмона в прямокишечно-рукавной, *resp.* пузырно-рукавной, перегородке, причем и здесь проявляются характерные для флегмоны патологические изменения. Распознавание флегмоны влагалища не столь легко, как флегмоны вульвы.

Паравагинальная флегмона выпячивает слизистую влагалища наподобие опухоли в просвет его и выполняет влагалищную трубку. Характерным для паравагинальной флегмоны является наличие утолщения ректально-рукавной перегородки или ее отростков, идущих вправо и влево вплоть до стенок таза. Границы такой флегмоны могут быть точно установлены только путем одновременного прощупывания прямокишечно-рукавной перегородки (*resp.* параколийев) через прямую кишку и влагалище.

Поскольку воспаление брюшины все больше распространяется (перитонит) и каждое движение воспаленной брюшины вызывает сильные боли, больная сохраняет положение на спине. Тип дыхания у нее—строго реберный, мускулатура передней и боковых стенок живота фиксирована в положении обороны, чтобы избежать сдвигов серозной оболочки благодаря толчкам извне. Передняя брюшная стенка под влиянием двигательных рефлексов с внутренностей делается твердой, как доска. Нижние конечности сгибаются, чтобы уменьшить напряжение передней брюшной стенки благодаря нарастающему метеоризму. Воспаление ближайших кишечных петель ведет к задержке газов и стула, ненормальное брожение задержанного содержимого кишок обуславливает индиканурию и метеоризм. Воспаление брюшины мочевого пузыря ведет к параличу последнего и задержке мочи. В верхних, не пораженных параличом отрезках кишечного канала возникает антиперистальтика, в результате чего получаются тошнота и рвота вплоть до каловой.

Внутрибрюшинный экссудат может быть обнаружен пункцией заднего свода или брюшной стенки сбоку. При острых пuerперальных инфекциях, где пальпаторно прямокишечно-влагалищным последованием не определяется выпячивания заднего свода в просвет влагалища и передней стенки прямой кишки—в просвет ампулярного расширения последней, мы отдаем предпочтение пункции боковой стенки живота, ибо при свободном экссудате большая часть его оттесняется к передней брюшной стенке, чтобы избежать попадания иглы в эпигастральные сосуды, предпочтительно производить пункцию на 2 поперечных пальца сбоку от латерального края прямой мышцы. Край этот вполне хорошо определяется пальпацией при поднятии головы лежащей на спине больной. Пункцию надо производить тонкой иглой (рис. 492). Прокол кишечной петли не создает никаких последствий для больной (Бумм, Зигварт, автор).

Если распространение бактерий останавливается, и брюшной экссудат отграничивается, то явления паралича кишок и мочевого пузыря исчезают в течение нескольких дней. Кишечные газы начинают отходить, метеоризм исчезает, верхние части живота делаются мягкими и безболезненными, в нижних же частях можно только постукиванием и ощупыванием определить опухоль, которая часто поднимается от малого в большой таз и достигает высоты пупка. Опухоль эта смещает матку впереди и кверху вдавливая задний свод во влагалище, а по направле-

нию к свободной брюшной полости имеет нерезкие неправильные границы (внутрибрюшинный осумкованный абсцесс).

Если напротив, распространение воспаления брюшины не останавливается и экссудат справа и слева около матки переходит выше безыменных линий в брюшную полость, живот вздувается наподобие барабана, диафрагма и вместе с ней сердце и легкие оттесняются вверх и сдавливаются. Только при часто наступающих профузных то-



492. Больная 39 л. Разлитой пuerперальный стрептококковый перитонит. Пункция брюшной полости. В тазике выделившийся экссудат.

ксических поносах живот несмотря на разлитой гнойный перитонит остается плоским и мягким, затемняя этим классическую картину прогрессирующего гнойного пuerперального перитонита. Здесь также диагностическая пункция боковой стенки живота оказывает большую пользу для распознавания и установки показаний к лапаротомии (рис. 492).

Если после рождения детского места и яйцевых оболочек возбудители заболевания проникают из инфицированных стенок матки и влагалища в тромбы, расположенные вдоль венозных сосудов, и отсюда в ток крови, то наступают повторные знобы (пиемия). При отсутствии в случаях распространяющегося инфицированного тромбоза воспалительного перифлебического отека можно бывает весьма отчетливо прощупать через рукав затромбированные сосуды в виде тяжелой толщиной в палец, плотных, часто червеобразно извивающихся. Тяжи эти ясно отличаются от окружающих тканей.

При гнойном флебите тромбы в заболевших сосудах маскируются околовенным отеком. Данные, находимые при исследовании, напоминают тогда картину параметрального экссудата. В качестве отличительного признака имеют значение потрясающие знобы.

Если источник бактерий в венах отграничивается от циркулирующей крови фибринозной оболочкой, знобы прекращаются, пульс и температура возвращаются к норме. Если же такого отграничения не наступает, то в конце концов дезинфицирующее свойство крови истощается, и тогда бактерии используют кровь в качестве питательной среды и размножаются в ней. Часто их можно видеть тогда в мазке из крови (предагональный гематит, септикопиемия).

Только в редчайших случаях бактерицидная сила крови исчерпывается уже в день заражения. В этом случае бактерии с большой быстротой размножаются в крови, и больная погибает в течение нескольких дней при явлениях тяжелых поражений жизненно важных органов (рис. 489, молниеносный сепсис), без микроскопически заметных изменений в последних.

Если вследствие бактерицидности крови уничтожаются все находящиеся в ней бактерии, а в отдельных органах они остаются, то возникают, как я уже описывал, новые гнезда заболевания (метастазы). Их объективно определяемые общие проявления и вызываемые ими местные изменения в органах не отличаются от первичных заболеваний последних. Я отсылаю поэтому читателя к соответствующим учебникам внутренних болезней, хирургии и других специальностей, где описываются первичные воспаления в других органах тела.

Если в результате заноса тромбо-эндокардитических кусочков наступает закупорка артериальной ветви, то в той части ткани, которую эта ветвь питает, развивается гангрена. Чувство холода, покалывание, анестезия и другие расстройства чувствительности являются предвестниками этого заболевания. В пораженных органах падает температура, пульс в артериях не прощупывается. Позже наступают венозные эктазии, темносинее окрашивание кожи и мумификация тканей. На границе между мертвыми и живыми тканями образуется демаркационное воспаление (рис. 479, а, б, в). Развитие сапрофитов в мертвых тканях ведет к появлению гнилостного запаха.

Терапия пuerперальной инфекции

В настоящее время мы не знаем еще вполне успешной этиологической терапии тех пuerперальных инфекционных заболеваний, которые вызываются бактериями, обладающими способностью проникать в живые ткани.

Тем не менее я рассмотрю в дальнейшем проблему терапии и безуспешные до сего времени попытки этиологического лечения в смысле *therapia sterilisans magna* (Эрлих). Я считаю важным, чтобы врач был осведомлен о современном состоянии наших знаний в данной области для того, чтобы он мог достаточно критически отнестись к новым терапевтическим предложениям.

Терапия пuerперальных заболеваний должна при незначительных возможностях причинного воздействия ограничить свои попытки при длительных заболеваниях поддержкой необходимого для жизни веса тела до окончательного отграничения как инфекционных очагов в половых органах и окружающих тканях, так и отдельных метастазов.

Современные данные относительно патогенеза смерти от пuerперальной инфекции показывают, что так как смерть наступает вследствие дошедших до полного истощения (некробиоза) нарушений обмена веществ в жизненно важных органах и особенно в ретикуло-эндотелиальной системе последних, то врач имеет все основания обратить величайшее внимание на обмен веществ у лихорадящей родильницы.

При длительной лихорадке наступает обеднение тканевых клеток водой; этот недостаток может быть компенсирован обильным питьем. Если подвоз воды внутрь становится невозможным благодаря нарушению у больных акта глотания или расстройству самочувствия, организм длительно может снабжаться жидкостью подкожно или еще лучше—через прямую кишку или внутривенно при помощи постоянно работающего капельного аппарата. В качестве жидкостей для введения через прямую кишку можно употреблять раствор NaCl 9,0, KCl 0,2 и CaCl 0,3 на 1 л кипяченой воды (в аптеках приготавливаемый в качестве нормального солевого раствора) или 5% раствор виноградного сахара с добавлением 100,0 коньяка на 1000,0 раствора. Вводятся эти растворы по каплям (около 30 капель в минуту) в коли-

честве 500 см³ 3—4 раза в течение суток. Такое же количество жидкости вводится и путем подкожных вливаний.

Для длительных внутривенных вливаний мы с успехом пользуемся попеременно нормальным солевым раствором и раствором виноградного сахара. Для усиления действия мы вводим в вену ежедневно по одному разу, очень медленно; 10 см³ 20% виноградного сахара. При хорошей сердечной деятельности введенная жидкость всасывается, знаком чего является повышение кровяного давления. Вливания хорошо действуют также на самочувствие больных. Сухие язык и губы становятся у них опять влажными.

Как при легких, так и при быстро ведущих к смерти послеродовых заболеваниях питание больных не должно ничем отличаться от обычного питания при лихорадочных заболеваниях.

Передку у больных страдает и общий обмен веществ, благодаря чему функциональная способность отдельных органов нарушается в зависимости от качественно и количественно недостаточного питания. Подвоз питательного материала падает благодаря отсутствию аппетита ниже необходимых 1500—2000 калорий ежедневно. Страдает также организм и из-за недостатка витамина А. Проливные поносы, паралич кишок, рвота, равно как сонливость и потеря сознания, уменьшают не менее чем на $\frac{2}{3}$ доставку необходимых большой энергетических компонентов.

Недостаток этих компонентов покрывается сгоранием (окислением) собственных тканей.

Дело врача назначить такое питание, которое и при незначительном аппетите давало бы возможность вводить повышенное количество калорий.

По 600 калорий содержат: 1 л цельного молока, или 100 г масла, или 173 г сахара, или 700 г вина, или 250 г коньяка¹ (Херф-Швенкенбехер). Кофейная ложка рыбьего жира содержит 400 калорий, причем надо иметь в виду, что рыбий жир содержит в 300 раз больше витамина А, чем свежее масло.

Врач, ухаживающий персонал и родственники больной должны внушать ей мысль об оздоровляющем значении достаточного питания. Возникающие при этом у больной соответствующие реакции надо укреплять и заставить ее принимать пищу в необходимых количествах. Этиловый алкоголь в форме крепких вин и в виде коньяка является не только превосходной формой для замены сахара, но его приятный запах и вкус раздражают аппетит больной. Одновременно алкоголь действует как пищевое вещество, прием которого в известной степени предупреждает распад белков в организме и поэтому ограничивает сгорание собственных тканей лихорадящей родильницы.

При рвоте можно алкоголь без вреда для соединительной ткани и для слизистой прямой кишки вводить в 10% растворе подкожно или через прямую кишку.

Наилучший подвоз кислорода обеспечивается частым проветриванием комнаты, где лежит больная, и перенесением последней на открытую веранду или террасу.

¹ Наш опыт лечения и ухода за послеродовыми септическими больными показывает, что алкоголь не является необходимым элементом питания и что без него можно вполне обойтись.—С. Р.

С одинаковым вниманием должен относиться врач и к выведению отбросов из организма родильницы.

Проветривание способствует также удалению из комнаты большой угольной кислоты и водяных паров, выделяющихся при дыхании.

При отсутствии признаков раздражения брюшины задержка стула у больной требует опорожнения прямой кишки у больной через день помощью клизм. Слабительных, даже легких, следует избегать, потому что они при свежем склеивании тонких кишок могут вести к механически обусловленной непроходимости (ileus)¹.

Если кишечник вследствие перитонитических раздражений брюшины не работает, надо прекратить питание больной *per os*. Капельные клизмы настолько разжижают скудное содержимое кишок, что оно с отходом газов размягчается, и очистительные клизмы становятся излишними.

Необходимо далее обратить серьезное внимание на деятельность кожи у больной. Влажные обертывания всего тела или компрессы длительно около часа возбуждают перспирацию и этим самым выделение шлаков через кожу. Тепловатые обмывания удаляют пот, а прибавление к воде ароматического укуса уничтожает испорченный запах, зависящий от гнилостных лохий, и улучшает общее самочувствие больной.

В качестве болеутоляющего симптоматического лекарственного средства при перитонитических болях я применяю аспирин в дозах по 1,0 и горячие компрессы. Оба эти средства применяются одновременно по несколько раз в день, как только больная об этом просит. Я отдаю предпочтение аспирину перед опиум и его производными, потому что он не обладает парализующим действием на кишечник.

Если несмотря на тщательный уход у родильницы падает кровяное давление, Яшке применяет большие дозы питуитрина и адреналина, комбинируя их с сердечными средствами (кофеин). В течение дня вводится через час под кожу попеременно 1 см³ питуитрина и 1 см³ адреналина, так что за сутки больная получает по 8 см³ каждого препарата. При недостатке адреналина он может быть заменен 20% раствором камфоры в масле по 1,0—2,0.

Психическое состояние больной при послеродовой инфекции требует исключительного внимания врача. Последний должен помнить, что потрясения, зависящие от боязни умереть или от страха за судьбу детей, могут вызывать явления возбуждения с тенденцией в сторону выздоровления; напротив, когда болезнь остается в прежнем состоянии или ухудшается, развиваются процессы угнетения (Павлов, Иванов-Смоленский). Эти длительные конфликты между процессами возбуждения и торможения в коре головного мозга автоматически сопровождаются возбуждением вегетативной нервной системы (Гесс, Вейнберг, Висс). Такая симпатикотония повышает все диссимиляционные процессы в организме, угнетая одновременно ассимиляционные процессы пищеварительного аппарата и сон. Она угнетает также выделение продуктов обмена веществ. Благодаря этому длительные конфликты между процессами возбуждения и угнетения в полушариях головного мозга способствуют вызываемым болезнью расстройствам обмена в жизненно важных органах и истощению.

Важной задачей врача является устранение душевных потрясений и успокоение уже возникших состояний возбуждения и депрессии своим

¹ Это не совсем верно. Лучше всего чередовать клизмы со слабительными.—С. Р.

отношением к заболевшей родильнице, соответствующими разъяснениями, которые он делает больной, и соответствующими указаниями ухаживающему за ней персоналу и родственникам.

При бессоннице и субдепрессивных выражениях симпатикотонии, при чувстве страха, при развитии и обострении процессов возбуждения и депрессии врач должен назначать снотворные средства, напр. сомнифен.

Подводя еще раз итог всему вышесказанному, надо отметить, что все перечисленные до сих пор терапевтические воздействия служат для уничтожения нарушений в общем обмене веществ у родильниц.

Нужно подчеркнуть, что этим наилучшим образом поддерживаются питание и работоспособность всех органов и задерживается развитие инфекции на почве нарушенного обмена веществ в жизненно важных органах настолько, что их истощения не происходит.

При этом не было недостатка в попытках поддержать частично или полностью функции этих органов специфическими антибактериальными и антитоксическими средствами или добиться повышения их функции путем неспецифических средств.

1) Попытки применения так называемой *therapia sterilisans magna*

Многие препараты ртути и серебра, как напр. сулема, молочнокислое серебро или метиленовая синька с серебром, применяемые в случаях пuerперальных заболеваний с целью умертвить возбудителей болезни в циркулирующей крови и в соках клеток или подавить их размножение в тканях, в самом деле действуют бактерицидно *in vitro* уже в очень слабой концентрации. В той же концентрации они вредно действуют однако не только на бактерии, но также и на клеточные элементы жизненно важных органов больной родильницы, тормозя энергетические процессы в них, благодаря чему ослабляется работа отдельных клеток и всего организма.

Другие химические тела, как трипафлавин, риванол, иатрен, атоксил, менее ядовиты. Они выделяются зато из организма неизмененными вскоре после того, как были введены в ток крови. Во время нахождения в крови они не входят с бактериями ни в какую связь, а равно не превращаются и в бактерицидные химические тела. При посеве крови количество колоний на кровяном агаре под влиянием упомянутых веществ не меняется, и сыворотка леченных ими опытных животных не делается бактерициднее (Уленхут, Херцберг).

Кроме того Хуберт опытами на животных показал, что даже применением больших доз такого хемотерапевтического агента, как напр. риванол, против которого *in vitro* даже высоковирулентные штаммы стрептококка являются очень чувствительными, не удается стерилизовать макроорганизм или даже только понизить вирулентность находящихся в нем возбудителей заболевания. Стрептококки, правда, теряют от него свои гемолитические свойства, но в селезенке они остаются высоковирулентными и отсюда продолжают инфицировать весь организм. Даже при очень рано начатом лечении пuerперальной инфекции этими химическими телами количество смертных случаев не уменьшалось; точно так же безрезультатными остались попытки лечения солями платины и золота (Эйфингер).

2) Попытки поддержания собственных сил организма

Попытки затруднить болезнетворному возбудителю проникнуть из мест первичной инфекции в жидкость, омывающую тканевые клетки, и в лимфатические сосуды или размножиться в токе крови (пассивная иммунизация путем серотерапии) оказались безуспешными. Примерно у 10% леченных возникает картина сывороточной болезни с тяжелыми симптомами, каковы общая мучительно зудящая экзантема, альбуминурия, цилиндрурия. При этом бактерицидное влияние сывороток, которое постоянно наблюдалось при опытах на животных, у заболевших родильниц отсут-

ствовало; отсутствие эффекта имело место и в случаях применения лечебных сывороток, приготовленных из различных штаммов стрептококка, выделенного в случаях смертельно протекавшей послеродовой инфекции (поливалентные сыворотки).

К специфическим средствам относятся по наблюдениям автора свободные от микробов фильтраты стрептококковых культур (антивирус) по Безредка. Путем введения этих фильтратов в кожу или в слизистую оболочку в области вокруг первичного очага (внутрикожные инъекции в промежность, тампонада влагалища и матки марлей, смоченной этими фильтратами) автор надеется вызвать местную иммунизацию места первичной инфекции и окружающих тканей; этой иммунизации достаточно, чтобы воспрепятствовать переходу стрептококков в дальше расположенные живые ткани.

В настоящее время идет спор между Безредка, Ланге, Луросом, Маллори и Миллером по поводу того, является ли тормозящее влияние свободных от микробов стрептококковых фильтратов на рост стрептококков *in vitro* и *in vivo* на опытных животных результатом содержания в них специфических антител (антивирус), или же это тормозящее влияние наступает вследствие исчерпания нужных для ассимиляционных процессов питательных веществ (Грумбах), или же наконец оно обусловлено увеличением кислот в старых бульонных культурах стрептококка. Все авторы отрицают существование антивируса в смысле Безредка и объясняют местный иммунитет проявлением аллергии воспаленных тканей (Лурос, Грумбах, Вейхардт и Швейнфурт).

Точно так же оказались неудачными попытки вызвать в организме в начале заболевания или профилактически ослабленными культурами стрептококков усиленную продукцию бактерицидных веществ (активная иммунизация путем вакцинации), и даже комбинация активной и пассивной иммунизации (симультанный метод Луроса) женщин, лихорадящих в конце беременности и во время родов, равно как и профилактическая симультанная иммунизация всех перенесших оперативные роды и только что разрешившихся после длительных родов женщин не дали желательного успеха, и вышеуказанные недостатки пассивной иммунизации имели место и здесь. Из сказанного понятно, почему и комбинация лечения антистрептококковой сывороткой с внутривенными инъекциями риванола не могла дать никаких ободряющих результатов.

По образцу полученных Диком и Доше токсинов скарлатины Варнекросу, Луросу и Бенкеру удалось обнаружить продукты обмена веществ у образующих токсины высоковирулентных стрептококков, выделенных у больной, умершей от послеродового стрептококкового сепсиса; эти продукты вызывали у людей и животных реакции, которые сближали их с токсинами скарлатины. С этими продуктами обмена веществ и чистыми культурами данного штамма названным исследователям удалось приготовить антитоксическую лошадиную сыворотку. При этом указанные авторы представляли себе, что стрептококковый токсин есть химическое тело, которое в человеческом организме «заставляет образоваться химическое соединение из продуктов обмена веществ в силу закона антагонизма, каковое соединение связывает и нейтрализует токсины». Так как не все люди одинаково владеют способностью образовывать подобные противоядия, то авторы советуют замешать недостающие количества яда путем введения стрептококкового антитоксина. Так как, далее, мы не имеем в настоящее время критериев, по которым можно было бы в начале послеродовой септической стрептококковой инфекции судить, в состоянии ли данный организм сам образовать достаточное количество стрептококкового антитоксина, то авторы рекомендуют вводить септический антитоксин всем лихорадящим больным и родильницам, причина лихорадки которых лежит в половой сфере; в этом кроется опасность применять данное лечение и у тех родильниц, заболевание которых закончилось бы благополучно и без лечения.

К невыгодам такого массового введения антитоксина относится прежде всего его высокая цена; кроме того при этом методе мы встречаемся с последствиями всякой сывороточной терапии (сывороточная болезнь с тяжелыми проявлениями). Мы не можем также согласиться с названными авторами, что путем планомерного раннего введения септического антитоксина можно с вероятностью, граничащей с уверенностью, предохранить заболевших послеродовой стрептококковой инфекцией от смертельного исхода. Наряду с этим мы убеждены в нейтрализующем действии стрептококкового антитоксина. Геморагический отек на вскрытии являлся хорошим показателем поражения клеточных элементов стенки капилляров и прекапилляров. Если инфицировать морских свинок смертельной дозой токсин-стрептококковой культуры, то на вскрытии во всех тканях обнаруживается геморагический отек; если же одновременно воздействовать на свинок стрептококковым антитоксином, то на вскрытии геморагического отека не замечается (Грумбах).

3) Методы лечения неспецифическими раздражающими средствами.

В настоящее время можно считать твердо установленным, что у нормальных клеток нельзя искусственно вызвать повышенной выработки антибактериальных и анитоксических тел. Существует лишь возможность повысить специфическую раздражимость клеток (больные клетки) адекватным неспецифическим раздражителем. От этого зависит успех искусственного повышения продукции антибактериальных и анитоксических тел и усиления деятельности клеток в зависимости от раздражимости больных клеток.

Попытки использовать эту деятельность клеток в качестве лечебного метода при послеродовой инфекции обозначаются терминами «раздражающей терапии», «неспецифического повышения функций» и «активирования протоплазмы» (Вейхардт). Так как большая часть неспецифических раздражающих веществ относится к группе протейновых тел, то подобная терапия носит также название «протейновой терапии».

Наши современные представления о сущности и механизме действия этой терапии заключаются в следующем.

В настоящее время допускается, что в крови и в тканевой жидкости находится одно поле действия (гуморальное действие), другое же лежит в протоплазме тех клеточных элементов, воздействующих на бактериальные клетки и ядовитые продукты обмена, которые воспринимаются клеточными телами (внутриклеточное действие).

О механизме повышения гуморального действия в настоящее время существует представление, что при инфекционных заболеваниях кровь благодаря повышенной лабильности своих белков и прежде всего глобулинов особенно способна к физическим реакциям. Благодаря этому при протейнотерапии легче возникают изменения в физической структуре крови. Изменения эти трактуются как дефекты всей структуры соков в физико-химическом смысле. Авторы усматривают в этих дефектах — в появлении при искусственном осаждении крови множества веществ неизвестного происхождения и неизвестного физиологического значения, которые встречаются в нормальной кровяной сыворотке и при инфекции в повышенном количестве отдаются в ток крови, — могущественный толчок для продукции этих веществ (Закс, Сали). Другие авторы проводят аналогию между изменениями крови и восстановлением нарушенного равновесия сахара крови (Нейссер). Обе группы исследователей видят в неспецифических раздражителях, как и в специфических (бактериальные антигены), причину дальнейшего повышения уже повышенного состояния раздражения названных неизвестных источников и причину усиленной продукции названных известных и неизвестных разнообразных веществ. Сюда относятся вещества, которые по своему действию *in vitro* носят название агглютининов, цитолизиннов, антиферментов и анитоксисиннов, а вообще антител, которые вступают в гуморальном поле действия во взаимодействие с возбудителями инфекции и их токсинами. Наряду с антителами повышается раздражимость в гуморальном поле действия еще благодаря повышению глобулиновой реакции, усилению скорости осаждения красных кровяных телец, повышению вязкости и свертываемости кровяной сыворотки.

Повышение функций в внутриклеточном поле действия проявляется в форме повышения энергетических внутриклеточных процессов в виде усиленной секреции слюны, желудочного сока, слез, раздражения температурного центра, лейкоцитоза и т. д. Кто признает, что антитела образуются внутри определенных клеток, тот должен также признать, что и эти клетки принимают участие в общем внутриклеточном повышении функций и что подобные же внутриклеточные процессы происходят также в клетках ретикуло-эндотелиальной системы (см. ниже).

Из твердо установленных явлений фагоцитоза, как деятельности полинуклеарных лейкоцитов, логически вытекают попытки возбудить фагоцитоз бактериальных клеток. Нейссер и Герини нашли тела, как напр. сыворотка дрожжей, которые *in vitro* повышают фагоцитарную способность полинуклеарных лейкоцитов. Авторы назвали эти тела стимулирующими лейкоцитов.

Уже Бухнер пытался повысить количество полинуклеарных лейкоцитов в текущей крови. Это удалось путем подкожных инъекций нуклеиновой кислоты или путем межмышечных и поднадкостничных инъекций скипидара. Однако вскоре выяснилось, что фагоцитарная способность лейкоцитов в отношении бактерий уже *in vitro* не идет параллельно их количественному содержанию. Неудачи в лечении женщин, больных послеродовой инфекцией, путем создания искусственного гиперлейкоцитоза в циркулирующей крови подтвердили это положение. Хермштейн сооб-

щает, что у 15 из 34 подобных больных, которые лечились по Ведерхаке поднадко-стничными инъекциями скипидара и 15,0—20,0 камфоры ежедневно, не наступало никакого улучшения в их общем состоянии и в смысле улучшения аппетита. Озноб и желтуха не исчезали, и в конце концов наступала смерть. В то же время излече-ние наступило у 3 других женщин с одинаковой клинической тяжестью заболева-ния без всякого вмешательства.

В последнее время Ашоф и Ландау описали клетки, которые в большем или меньшем количестве разбросаны по всему телу. Вследствие их общего происхожде-ния из мезенхимы и одинаковости клеточных функций авторы объединили все эти клетки, как расположенные поодиночке, так и собранные в группы, в одну систему, которую они назвали ретикуло-эндотелиальной системой (р.-э. с.). Эти клетки в виде больших групп и компактных масс находятся в печени, легких, селезенке, лимфа-тических железах, костном мозгу и т. д.; кроме того они находятся всюду в стро-ме вплоть до адвентиции больших и прекапиллярных малых кровеносных и лимфа-тических сосудов. Клетки, находящиеся в стро-ме, носят также название гистиоци-тов. Ретикуло-эндотелиальные клетки принимают активное участие в реакциях организма. Они обладают способностью поглощать мельчайшие частицы, как напр. зернышки туши, тонко разделенные серебро, трипанблау или бактериальные клет-ки; они могут накапливать бактериальные токсины, продукты обмена веществ и части клеток распавшихся бактерий и кровяных телец и все эти тела переваривать. Даже при нарушениях процессов обмена веществ внутри отдельных ретикуло-эн-дотелиальных клеток способность накопления у них сохраняется. Клетки р. э. с. принимают таким путем живое участие в процессах обмена веществ в омывающей клеточные элементы тела жидкости (Ашоф, Шиттенхельм и др.). Может быть они представляют собой до сих пор неизвестные места образования антител, которые попадают из клеток в жидкость, омывающую их, и в циркулирующую кровь.

Заслуга Лурса заключается в том, что он подробно изучил опытами на живот-ных и гистологическими исследованиями состояния ретикуло-эндотелиальной систе-мы при стрептококковой инфекции. Из результатов его исследований вытекает, что у животных, которые выздоравливают после стрептококковой инфекции, клет-ки р.-э. с. обладают не только вышеописанной способностью накапливать бактерии, токсины и продукты обмена веществ, но реактивность их выражается также в том, что они становятся больше, размножаются и образуют новые клеточные очаги. Напротив, у животных, погибающих вскоре от инфекции, этих явлений не наблю-дается, не наступает ни гипертрофии ни гиперплазии этих клеток. Мы знаем теперь, что из белковых веществ распадающихся бактерий, кровяных и тканевых клеток в течение стрептококковой инфекции образуются протеиногенные амины, которые нарушают обмен веществ внутриклеточных элементов жизненно важных органов, т. е., другими словами, оказывают ядовитое действие. К свойствам клеток р.-э. с. относится также способность превращать эти ядовитые продукты в неядовитые. Это обезвреживание их происходит благодаря дезамидации и окислению. В качестве ко-нечных продуктов возникает углекислота, которая либо выделяется как таковая, либо продолжает изменяться в организме, причем в качестве промежуточных про-дуктов образуются соответствующие спирты, окисляющиеся в печени в соответ-ственные карбоновые кислоты (Лефлер, Гутгенхейм).

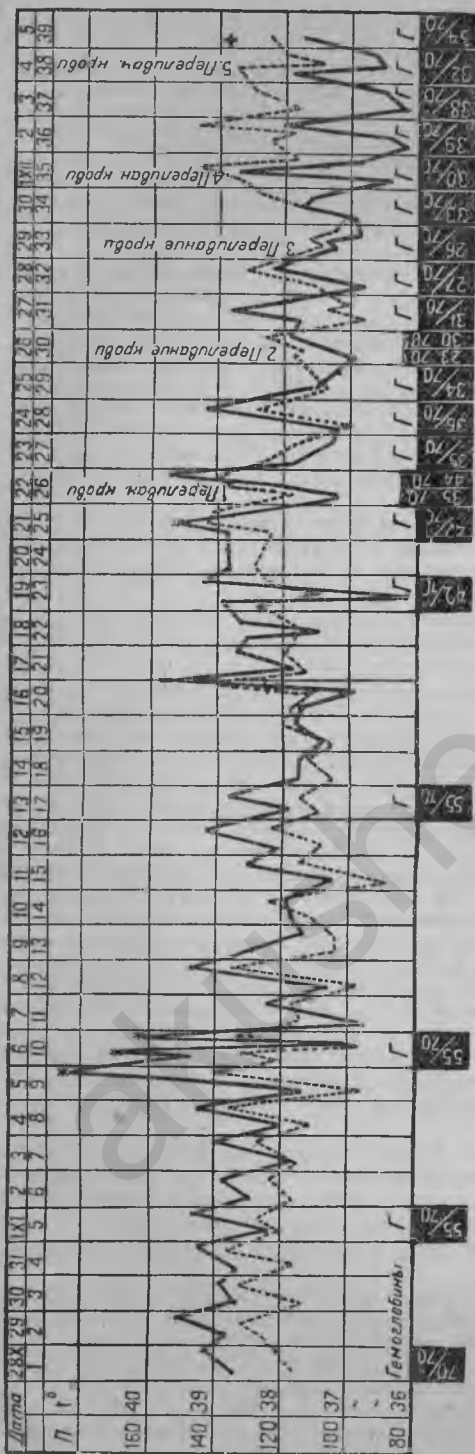
На этом основываются попытки искусственного повышения действия данных процессов распада.

В качестве материала для инъекций годятся любые убитые бактериальные куль-туры (гетеровакцины—Краус) и небактериальные белковые тела, как дейтероальб-бумозы, молоко, молочные препараты, напр. казеозан, и кровяная сыворотка.

Инъекции целесообразно производить следующим образом: 1-я инъекция—0,5, 2-я—1,0 (через 48 часов после первой инъекции), 3-я инъекция—1,5 (через 5—48 часов после первой инъекции).

Если у больной не наступает улучшения, то через 5 дней после последней инъекции следует повторить всю серию из 3 впрыскиваний (Яшке).

Искусственное неспецифическое повышение функций макроорганизма имеет невыгодные стороны, почему оно и оказалось непригодным для лечения острых послеродовых инфекций. По Шиттенхельму лечение неспецифическим повышением функций в форме протениотерапии при острых инфекционных заболеваниях вообще безрезультатно. С ним согласен Вейхардт, инициатор данного способа. Кроме того внезапные изменения в физической структуре крови при внутривенных вве-дениях веществ, повышающих функции, ведут к тяжелым болезненным симптомам. Нередко у больных наступают потрясающие знобы, падение температуры и угро-жающие общие явления, причем все эти явления имеют место не только при повтор-



493. 1 - рага 38 л, Гнойный пuerлеральный тромбфлебит в в. saphena, правой бедренной вене, правой подвздошной вене, нижней полой вене. Самопроизвольное повышение температуры 18. X. Принята в клинику 28. X. Непрерывное падение количества гемоглобина несмотря на повторные переливания крови (без цитрата) той же группы. Смерть на 4.9 в день болезни. Вскрытие: в мозгах из легочных абсцессов и нагноившихся тромбов нижней полой вены и бедренных вен масса длинных граммоподобных ст. септококковых телочек.

ных инъекциях, но даже и после первой. Такие явления, наступающие уже после первой инъекции сыворотки у людей, подобны коллапсу.

Поэтому протеинотерапия многими отрицается. Сторонники подобной терапии рекомендуют для избежания общей угрожающей реакции вводить необходимые средства очень медленно и малыми дозами.

Наиболее безопасной формой повышения сопротивляемости помощью протеиновых тел оказалось у нас переливание человеческой крови соответствующей группы в количестве 600,0—1000,0. Мы никогда не видели при этом потрясающих взбодов, падения температуры, состояния коллапса, сывороточной болезни и других угрожающих общих явлений.

Однако даже повторное переливание крови не может предотвратить смертельного исхода заболевания; это показывает температурная кривая, изображенная на рис. 493¹.

Теперь мы знаем, что как чистые металлы, так и многие соли их ускоряют просто благодаря своему присутствию в минимальных количествах реакции окисления и восстановления.

Это свойство называется катализом, и чистые металлы не теряют его даже при связывании с белковыми телами (Шаде, Дитрих).

Их влияние в качестве катализаторов зависит от величины поверхности. Величина последней может быть увеличена значительным образом коллоидальным состоянием, в котором металлы и вводятся. Лабора-

¹ Однако данные литературы говорят об ином. Кохман и 16 случаев переливания крови получил 11 смертей. В послеродовой инфекционной клинике Моск. обл. и-та ОММ получились не лучшие результаты. С. Р.

торные опыты свидетельствуют, что бактерии, токсины и ядовито действующие на красные кровяные тельца гемолизины при соединении их с коллоидальным серебром (коларгол, электрагол) теряют свои гемолитические свойства. Так как тончайшие частицы коллоидального серебра накапливаются в клетках ретикуло-эндотелия, то отсюда вытекает возможное допущение, что окисление вышеупомянутых протеиногенных аминов в неядовитые тела, способные к выделению, поддерживается в физико-химическом смысле каталитическим действием скопляющегося в клетках ретикуло-эндотелия коллоидального серебра.

С 1894 г. из числа чистых металлов в виде внутривенных инъекций для лечения пuerперальных инфекций рекомендуется коллоидальное серебро или коларгол (Креде).

Однако внутривенное введение коларгола чревато такими же последствиями, как и протеинотерапия. Чтобы получить взвесь тончайшим образом разделенного серебра, к нему примешивается жидкое белковое тело (защитный коллоид). Это белковое тело является в силу таких же оснований, как при всякой протеинотерапии, причиной потрясающих знобов, падения температуры и угрожающих общих явлений после внутривенных введений коларгола (Беттнер). Поэтому внутривенное введение коллоидальных металлов требует определенной техники: вена должна быть перевязана, и место вкола после дезинфекции следелано опять совершенно сухим. Только появление крови из вены через иглу в шприце гарантирует нахождение конца иглы в просвете вены. Впрыскивание коларгола вколососудистую ткань бесполезно и крайне болезненно.

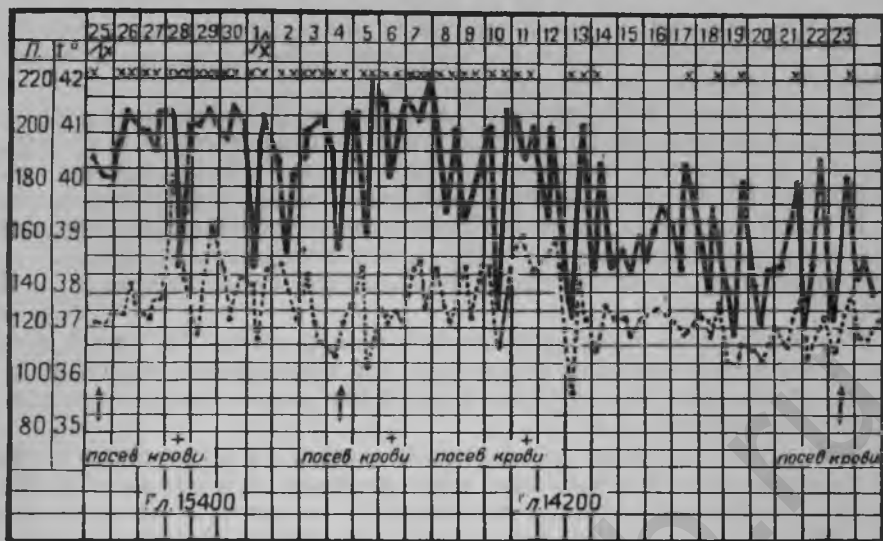
Каутц, Фойгт и Цвейфель настоятельно указывают на необходимость исключительно медленной инъекции, так, чтобы каждые 2 секунды в ток крови поступало примерно 0,1 раствора. Таким образом введение 10,0 раствора должно занимать не менее 3 минут.

Мнения относительно лечебного действия коллоидальных металлов при лечении пuerперальной инфекции столь же резко расходятся между собой, как и при опытах лечения белковыми телами (протеинотерапия).

Многочисленными исследованиями показано, что функциональная деятельность ретикуло-эндотелия может быть повышена также и различными другими телами (литературу см. у Лураса). Клоетта рекомендует поддерживать внутриклеточные антибактериальные процессы тирозином, который принадлежит к продуктам нормального обмена веществ и который он связал с ртутью. Если деаминация уже названных протеиногенных аминов только частично происходит в ретикуло-эндотелиальных клетках, тогда правильно допущение Лураса, что под влиянием несоответствия между реактивностью р. э. с. и накоплением продуктов распада бактерий нарушаются процессы обмена веществ, служащие для поддержания собственной протоплазмы р.-э. с. Точно так же приемлемым является его дальнейшее положение о том, что в случаях такого нарушения обмена веществ наступает прежде всего адекватное раздражение для внутриклеточных процессов обмена р.-э. с. и что при наличии раздражимости этих клеток можно усилить процессы обмена. Это представление о том, что распад собственных тканей, или расстройство собственного обмена, делает свободными вещества, которые являются адекватными раздражителями для собственного тела, не ново. Уже в 1907 г. Вейль и Браун в *Berl. kl. Wochenschrift*, 1049, писали: «Таким образом биологическая изменчивость свойства соков при сифилисе, спинной сухотке и параличе зависит от того, что в крови больных этими болезнями находятся антитела против составных частей собственных клеток».

Основываясь на этих соображениях, Лурас рекомендует во-время настолько повышать собственный обмен ретикуло-эндотелиальных клеток соответствующими раздражающими средствами, чтобы устранить расстройства этого обмена. После огромного числа опытов ему удалось найти вещества, введение которых белым мышам, зараженным стрептококками, сохраняло животных в живых, в то время как контрольные животные погибали.

Исключительные трудности планомерного, соответствующего каждой форме нарушения обмена веществ р.-э. с. лечения пuerперальной инфекции у людей путем изменения обмена видны из того, что по мнению самого Лураса причина успеха лечения зависит не только от дозировки и качества препарата, но в каждом отдельном случае и в каждой фазе случая еще от индивидуального состояния обмена веществ заболевшего. Кроме того необходимо в каждом отдельном случае определять белковый, липоидный, углеводный, минеральный и газовый обмен и при нарушениях того или иного обмена устранять его путем введения соответствующего средства. В своих опытах на животных Лурас достиг наилучших результатов при



494. Больная 26 л. Ручное выделение плаценты после самопроизвольных срочных родов.

Заболевание началось на 1-й день после родов. В правом параметрии определяются неправильные тлеки с карандаш толщиной (тромбофлебит), тянущиеся от матки к стенке таза. Придатки и окружность матки свободны от опухания. Кривая относится к 13—42 дням болезни. В течение этого срока было 43 потрясающих зноба. Выздоровление без какого-либо лекарственного или хирургического лечения, единственно при рациональном питании; л—число лейкоцитов, крестиками отмечены потрясающие знобы.

внутримышечном введении 0,1 новопротина,—все животные оставались тогда живыми¹.

Оценка внутренней терапии септических послеродовых болезней со стороны достоверных исследователей диаметрально противоположна. В основе разногласий лежит следующее.

Если сравнить начальные симптомы невинной послеродовой бактериальной интоксикации с начальными симптомами инфекции, то окажется, что они друг от друга не отличаются (ср. рис. 469 и 487 с рис. 488, 493 и 494).

Мы согласны поэтому с Цвейфелем, когда он утверждает, что тот, кто диагностирует при каждом повышении температуры выше 40° и при первом знобе пuerперальную инфекцию, может любым средством достигнуть блестящих результатов в смысле ее излечения.

Кто же действует осторожнее и диагноз послеродовой инфекции ставит только тогда, когда клиническая картина ее длится в течение нескольких дней или когда наступают клинические признаки, свидетельствующие, что возбудители послеродовой инфекции перешли границы матки, тот при изучении кривой рис. 494 убедится, что лишь благодаря исключительному наблюдению за ходом обмена веществ у лихо-

¹ Очень хорошие результаты получил Рафальес (1932) при лечении септической пuerперальной инфекции сывороткой крови из пуповины (внутримышечно) в дозах 50—100 см³; повторные инъекции в той же дозе через 3—4 дня. Никаких побочных явлений (сывороточная болезнь) не наблюдалось.—С. Р.

радящей родильницы и без каких бы то ни было внутренних вмешательств тяжелейшие случаи послеродовой инфекции могут самостоятельно окончиться выздоровлением.

При изучении этой кривой критически мыслящий врач логически принужден будет в подобно протекающих случаях, которые были полезны одновременно внутренними нозотропно или этиотропно действующими лекарствами, усомниться в достоинствах этих медикаментов.

К этому присоединяются сообщения многочисленных исследователей, что внутреннее лечение послеродовых инфекционных больных не было применимо в тех случаях, где самостоятельно наступало излечение.

Поэтому вопрос с научной точки зрения разрешается таким образом, чтобы практический врач уделял уходу и питанию больной гораздо большее внимание, чем гипотетически действующим продуктам химической промышленности.

При полном бессилии нашего терапевтического вмешательства при прогрессирующих послеродовых инфекционных заболеваниях профилактика последних является первой и важнейшей задачей всех тех, кто занимается родовспоможением (см. главу «Асептика и антисептика»).

Диететический и физический общий уход за послеродовыми больными может быть с пользой дополнен хирургическими мероприятиями.

Задачей хирургического вмешательства при послеродовых заболеваниях является уничтожать соответственным вмешательством возбудителей болезни в месте инфекции, вскрывать в заболевших гениталиях и в окружающих тканях образующиеся гнойные скопления, преграждать пути распространения возбудителей по всему организму или удалять заболевший орган. Все это делается с целью избежать общих заболеваний родильниц.

Как при внутреннем лекарственном лечении и при серо- и вакцинотерапии, так и здесь успехи не соответствуют ожиданиям.

4) Попытки хирургического лечения

Прижигания послеродовых язв вульвы, влагалища, влагалищной части матки, равно как и спринцевания маточной полости дезинфицирующими средствами, не в состоянии достигнуть внедрившихся в живые ткани бактерий. Помешать дальнейшему распространению заболевания за пределы половых органов или на весь организм этим путем мы не можем. Вскоре после дезинфицирующего внутриматочного спринцевания бывшие до того виды бактерий могут быть снова обнаружены в большом числе в маточных выделениях (Крёниг).

Сравнительные наблюдения над тяжестью течения послеродовых эндометритов, которые были лечимы с промываниями маточной полости или без таковых, оказались не в пользу тех случаев, которые были полезны промываниями (Цвейфель).

Кроме того промывания послеродовой матки, наполненной бактериями, сопряжены с опасностями. Нередко после них наступают потрясающие знобы. Последние мы в настоящее время объясняем тем, что благодаря механическим причинам при промывании открываются вены и содержимое матки попадает в них или же при плохом оттоке промывной жидкости она может через трубы попасть в брюшную полость.

495. II-пара 32 л. Первые роды окончены щипцами. На 8-м мес. второй беременности больная стала страдать сильнейшими болями внизу живота справа, заставившими ее лечь в клинику. Т° 37,8°, пульс 120, число лейкоцитов 9300. Живот сильно вздут, чувствителен к давлению. Ребенок мертвый. Пункция живота не дала никакого воспалительного выпота. Дно матки на 3 поп. пальца выше пупка. В течение следующих 10 дней т° поднялась до 39,9°, пульс участился до 140 ударов в минуту, число лейкоцитов 22 000, ясная тимпания матки. Бактериологическое исследование маточного секрета обнаружило в нем наличие химических палочек. Признаки тяжелой инфекции, местом которой, за отсутствием других очагов, надо было считать матку, заставили прибегнуть к опорожнению последней в виду закрытия цервикального канала путем абдоминального кесарского сечения. При операции париетальная брюшина оказалась всюду склеенной с маточной брюшиной фибринозными спайками, которые спаивали также серозный покров матки с петлями кишок. Вся маточная стенка и плацента были настолько пропитаны кровянистой жидкостью с пузырьками газа, что граница между ними во многих местах не определялась ни осмотром ни пальпацией. Можно было удалить лишь отдельные части плаценты. В других местах при попытках удалить плаценту палец проникал в спаянную стенку матки. Пришлось поэтому в этих местах оставить части гнилостно измененной плаценты в матке и, так как цервикальный канал был закрыт, дренировать полость последней через брюшную рану по Зельхейму. С 5-го дня началось отхождение омертвевшей плацентарной ткани через свищ брюшной стенки. На рис. 495 видно, что длинный маточный зонд, введенный в рукав, проходит через цервикальный канал полости матки и брюшностеночный свищ (конец зонда лежит на марлевом компрессе). На 25-й день после операции лихорадка прекратилась, на 28-й день больная встала; свищ самопроизвольно закрылся; на 40-й день больная была выписана с фиксированной у передней брюшной стенки маткой. Исследование через 3 года после операции показало, что матка мала, подвижна, маточные придатки и параметрии свободны. Через 12 нед. после операции месячные правильно, по 4—5 дней. Бактериологическое исследование секрета шейки во время беременности обнаружило кишечную палочку, исследование брюшной полости до вскрытия матки показало наличие в ней гемолитических стрептококков и кишечных палочек, исследование маточного секрета показало содержание в нем тех же микробов.



Поэтому Цвейфель имел право твердо установить, что введение наконечника для промывания в полость матки допустимо лишь тогда, когда оно совершается исключительно легко.

На основании материала Кенигсбергской и Франкфуртской клиник Бентин и Трауготт показали, с какими громадными опасностями связано местное лечение в случаях заражения яйца или его остатков гноеродными стрепто- и стафилококками и воспалительных эндометритов. Смертность при местном лечении таких заболеваний достигает 18 вместо 2% при чисто выжидательном образе действий.

Дренирование матки

Цангемайстер думает, что дренирование полости матки имеет терапевтическое значение в тех случаях послеродовой инфекции, где возбудители заболевания обладают способностью проникать в живые ткани родильницы и размножаться в этих тканях. Поэтому он выдвигает требование дренировать полость матки полосками марли во всех случаях родов с лихорадкой (см. ниже).

После нормальных и преждевременных родов *per via naturales* механизма физиологического обратного развития обычно бывает достаточно для выделения раневых секретов из полости матки во влажном месте. При пuerперальной ретрофлексии матки и одновременной невозможности стойко удержать вытравленную матку в положении антифлексии достаточно полоски виформной марли, чтобы обеспечить отток секретов из матки в рукав.

Полная экстирпация матки

При безнадежности применения местной терапии инфекции возникла мысль о резекции пораженных половых частей далеко в пределах здоровой ткани.

При стрептококковых инфекциях смертность после абортов при исключительном лечении достигает 2—3%, при преждевременных и нормальных родах—около 15%.

При том значении, какое имеют половые органы для женщины, должно быть твердо установлено, понижает ли ранняя экстирпация инфицированной матки смертность родильниц настолько, чтобы оправдать такое вмешательство у всех инфицированных женщин. У рано оперированных, до 4-го дня после родов, смертность эта достигает 70%.

При пuerперальной инфекции матки раннее полное удаление инфицированных внутренних половых органов бесполезно против дальнейшего распространения заболевания не потому, что оно поздно принимается.

Плохие результаты ранних операций вместе с данными послеоперационного бактериоскопического исследования экстирпированных маток показывают, что несмотря на раннюю экстирпацию у действительно зараженных женщин инфекция неизбежно из пришедших *sub operatione* в соприкосновение с половыми секретами раневых поверхностей распространяется дальше и ведет к смерти.

Только при послеродовом столбняке существует возможность в случае попадания в омертвевшие ткани матки столбнячных палочек путем полного удаления этого органа удалить источник токсинов и сделать невозможным дальнейшее внедрение их в центральную нервную систему.

Перевязка вен

Попытка помешать распространению бактерий в организме путем перевязки больших отводящих вен, как внутренние семенные вены, подчревные вены, общая подвздошная вена и даже нижняя полая вена, оправдывалась тем, что при отогенном сепсисе подобного рода терапия снизила смертность с 80 до 20%.

К сожалению столь же благоприятного влияния перевязки вен половых органов (Тределенбург) отметить нельзя. Смертность во всех до настоящего времени известных случаях подобной перевязки достигает все еще 60%. Если вспомнить затем, что благодаря неопределенности показаний и выбора времени для операции среди достоверных случаев выздоровления без сомнения есть и такие, где больные выздоровели бы и без операции (рис. 494), то ценность перевязки вен при пuerперальной инфекции должна быть поставлена не очень высоко.

Кривая, изображенная на рис. 494, показывает, что даже в случаях хронической пиемии может наступить позднее вполне самостоятельное выздоровление. В тех случаях, где поднимается вопрос о показаниях к перевязке вен, практический врач сделает лучше, если направит больную в больницу. Там путем повторных посевов венозной крови у родильницы может быть установлено, насколько истощены бактерицидные свойства крови, и после того может быть сделана попытка подобного вмешательства (Варнекрос, Мартенс, Гинзельман).

Оперативное лечение послеродового перитонита

1. Лечение общего перитонита. Для того чтобы уменьшить гетероинтоксикацию ядовитыми продуктами при инфекционном послеродовом перитоните, целесообразно произвести широкое вскрытие брюшной полости и, имея ее открытой, создать отток наружу гнойному содержимому полости. При этом могут быть наложены противоотверстия с обеих сторон и в заднем своде влагалища.

Чтобы уменьшить аутоинтоксикацию ядовитыми продуктами застоявшегося содержимого кишечника при параличе последнего, полезна широкая колостомия в области слепой кишки с последующим вымыванием кишечного содержимого.

Для уменьшения истощения организма больной нужно наладить при уходе за ней систематические ректальные, подкожные и внутривенные вливания, как это было указано выше. От промываний брюшной полости раствором поваренной соли и разрыва всех фибриновых спаек лучше воздержаться, так как этим путем гной может попасть в еще не тронутые части брюшины и тем самым нарушить нормальное отграничение экссудата. Результаты получаются при этом мало обнадеживающие — общая смертность достигает 60%.

Всегда плохими бывают эти результаты при послеродовой стрептококковой инфекции, при инфекции же кишечными палочками и при смешанной инфекции они более благоприятны.

Часто разлитой гнойный перитонит, возникший в послеродовом периоде из аппендицита, не отличим без вскрытия брюшной полости от разлитого гнойного послеродового перитонита. Широкое вскрытие брюшной полости при разлитом перитоните, возникшем вследствие аппендицита, дает лучшие результаты, чем при послеродовом. Поэтому во избежание диагностических и терапевтических ошибок следует каждый разлитой гнойный перитонит в послеродовом периоде лечить хирургически, причем во время операции надо: 1) освободить слепую кишку, 2) осмотреть червеобразный отросток и в случае нужды удалить его, 3) образовать противоотверстия в нижней половине средней линии между пупком и симфизом в целях свободного оттока брюшинного экссудата, 4) если в течение 3 дней после вскрытия брюшной полости газы не будут отходить, то надо фиксировать слепую кишку на пространстве в $2\frac{1}{2}$ —3 см к париетальной брюшине и по истечении 12 часов вскрыть слепую кишку в этом месте (цекостомия).

2. Лечение инкапсулированных внутрибрюшинных послеродовых абсцессов в малом тазу. Внутрибрюшинные ограниченные гнойники, выполняющие заднее дугласово пространство, могут быть с хорошим результатом дренированы через задний свод влагалища. Оттесняют заднюю стенку рукава кзади и книзу при помощи зеркала, захватывают пулевыми щипцами заднюю губу маточного зева и оттягивают ее кле-

реди и кверху, причем полностью обнажается задний свод влагалища, затем вкальвают шприц для пункции у матки по середине перехода ружавной стенки на влагалищную часть матки и таким образом убеждают-ся в наличии гноя.

В некоторых случаях достаточно бывает удалить внутрибрюшин-ный экссудат отсасыванием его при помощи шприца и этим добиться вы-здоровления.

Обычно однако нужно бывает в месте пункции разрезом длиной в 5 см вскрыть полость гнойника во влагалище (задняя кольпоцелиото-мия). Разрез начинается у самой матки и проходит в сагитальном на-правлении между обоими валиками, которые ясно обозначаются в про-свете влагалища при оттягивании задней маточной губы кверху. Вали-ки эти образуются местами прикрепления крестцово-маточных связок к матке. Разрез проводится только через слизистую влагалища, после чего воспалительно инфильтрированная прямокишечно-влагалищная перегородка, воспаленная брюшина и стенка гнойника прорываются тупо корнцангом. Целесообразно после этого раздвинуть ножки корн-цанга и ввести в полость гнойника дренажную трубку, чтобы при раз-личных положениях больной дренажное отверстие не закрылось бла-годаря смещению тазового дна.

Если кроме абсцеса заднего дугласова кармана имеется еще налицо ппосальпинкс или пиоварий, то необходимо путем удаления гноя из брюшной полости достигнуть затихания острых явлений, за которыми может однако развиться длительное лихорадочное течение. Ограничен-ный тазовый перитонит часто является результатом подшольного аборта.

3. Оперативное лечение параметральных экссудатов. Если основные симптомы воспаления—краснота, жар и боль—указывают на место предстоящего вскрытия экссудата, то надо путем пункции определить место нахождения гноя в глубине и ускорить вскрытие путем разреза в месте укола.

При глубоколежащих гнойных параметральных экссудатах необхо-димо придерживаться особой оперативной техники, чтобы избежать повреждения мочеточников и больших сосудов.

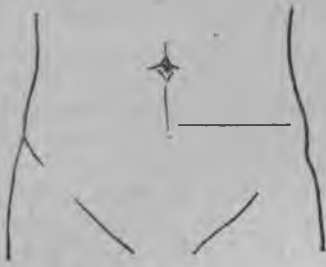
а) Техника оперативного вмешательства при параметральных эксу-датах, которые развиваются в передних квадрантах малого таза до-стигают стенок живота тотчас выше пупартовых связок.

Разрез проводится параллельно пупартовой связке, чтобы не затро-нуть брюшины. После разреза фасции наружной косой мышцы живота тупо проникают пальцем к внутренней поверхности горизонтальной ветви лонной кости и вскрывают гнойник.

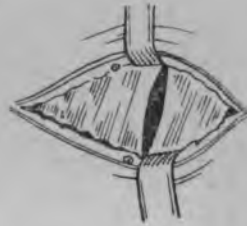
б) Техника оперативного вмешательства в случаях экссудативного параметрита в обоих задних квадрантах таза, достигающего около крестцово-подвздошных сочленений подвздошных ямок под *m. ileopsoas* или поднимающегося в поясничные области (рис. 496—499).

В подобных случаях я с успехом пользуюсь предложенной Кохером методикой обнажения гнойных скоплений в верхних частях подвздошных костей, при помощи которой можно достигнуть и дренировать наружу нагноившиеся лимфатические железы около и выше промонтория. Впоследствии я независимо от Иванисевича изменил технику этой операции. Она идентична с методом, предложенным Иванисевичем для внебрюшинного обнажения проходящих в таза отрезков внутренней семенной вены. Прилагаемые рисунки 496—499 вьаты из работы Иванисевича.

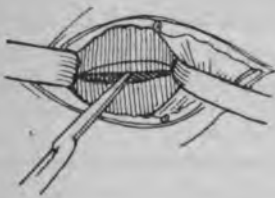
Брюшина, подбрюшинная клетчатка и *fascia transversa* тупо отодвигаются в медиальном направлении марлевым шариком, благодаря чему получается легкий



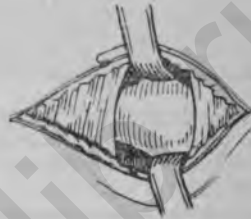
496. Половинный поперечный разрез через кожу и жировую клетчатку на высоте передне-верхней ости подвздошной кости.



497. Разрез апоневроза наружной косой мышцы живота по ходу ее волокон; через разрез видна внутренняя косая мышца.



498. Тупое разделение внутренней косой и поперечной мышц живота по ходу волокон последней.



499. После разделения трех больших мышц живота видны отчетливая поперечная фасция и под ней подбрюшинная жировая ткань.

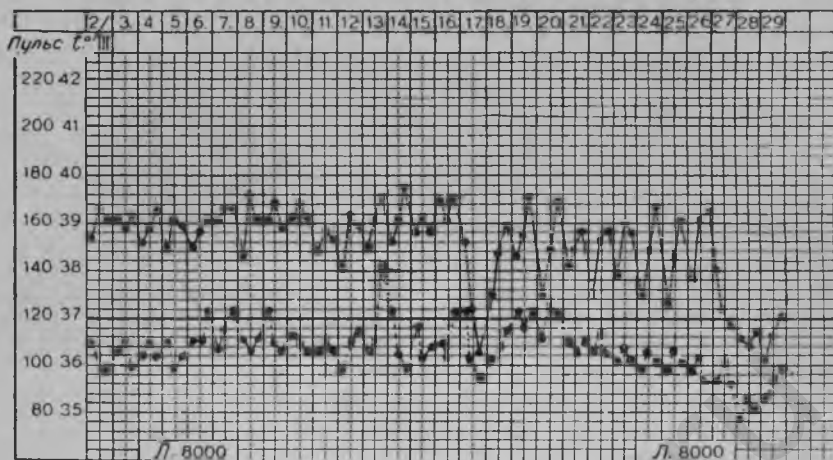
доступ ко всем гнойникам в параметрии. Затем производится пробная пункция через отечную стенку гнойника. Эта пункция указывает направление, по которому должно идти тупое раздвижение тканей.

Внутри осумкованных скоплений бактерий бактерицидное действие бывает очень незначительным. В течение недель и месяцев при оперативных вмешательствах могут быть выражены в таких случаях жизнеспособные микроорганизмы. Не изменяется и их способность проникать в живые ткани; на это указывают инфекционные заболевания, кончающиеся смертью, у лиц, участвовавших в оперативных вмешательствах, даже в тех случаях, когда вмешательство это имело место спустя недели и месяцы после начала заболевания.

Во всех подобных случаях необходимо применять дренирование полости гнойника, причем ее не надо ни ощупывать ни промывать, чтобы избежать всякой возможности нарушить целостность ее стенок. В дальнейшем полость гнойника сморщивается при постоянном укорочении дренажной трубки. Если дренаж удаляется слишком рано, возникает благодаря замыканию отверстия застой гноя, возобновляется лихорадочное состояние, которое делает необходимым повторное введение дренажа.

Параметральные экссудаты, вскрывшиеся в мочевой пузырь или прямую кишку, не требуют никакого вмешательства; они заживают самопроизвольно.

Вскрытие параметрального экссудата является единственной операцией при послеродовой инфекции, от которой можно ожидать верного успеха (см. кривую, рис. 500).



500. 27-летняя I-пара. Самостоятельные срочные роды. Начало заболевания на 3-й день после родов. Стрептококковая инфекция. Правосторонний параметральный абсцес. Знобов не было. Кривая обнимает время с 21-го до 50-го дня заболевания. Л—число лейкоцитов.

Едва ли нужно еще раз подчеркнуть, что и ко всем другим внеполовым метастазам должны быть применяемы все те хирургические приемы и методы, которые установлены при лечении гнойников, образовавшихся в соответствующих органах. Так напр. абсцес легких, перешедший в эмпиему, должен быть лечим путем резекции ребра и удаления гангренозных участков легкого.

В. ПРОЧИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Эмболия

Эмболами называются все занесенные кровяным током в сосудистый просвет в направлении движения крови тела, застревающие в сосудах (Кауфман).

Врач называет эмболией перенос инородного тела в крови, когда перенос этот сопровождается клиническими явлениями. В качестве инородных тел, обуславливающих эмболию, в акушерстве первое место занимают воздух и кусочки тромбов.

Воздушная эмболия

Во время родов при наличии особых условий в открытые вены матки и в венозную кровь может проникнуть так много воздуха, что кровь вытесняется из сосудов и через несколько минут или часов наступает смерть от асфиксии. Реже подобное явление наступает в первые часы послеродового периода (Шульте). При этом воздух распространяется прежде всего в венах матки и таза; он проникает в нижнюю полую вену, попадает в правый желудочек и отсюда в легочную артерию. Если воздух находится в крови в виде маленьких пузырьков, то он быстро всасывается в легких, причем клинические явления тогда отсутствуют. Ес-

ли же в крови находятся, напротив, большие пузыри воздуха, то кровь местами совершенно вытесняется ими. Когда большое количество воздуха попадает в правый желудочек, кровь вытесняется также и здесь, в легочную артерию она больше не попадает (воздушное сердце—Кюстнер).

При открытом овальном отверстии воздух проникает в большой круг кровообращения, и происходит смерть благодаря воздушной эмболии артерий головного мозга (парадоксальная эмболия—Эш).

Для возникновения воздушной эмболии во время родов необходимо одновременное существование следующих условий:

- 1) открытие маточных вен,
- 2) наличие воздуха в окружности этих вен,
- 3) наконец значительная разница между кровяным давлением во всей венозной системе нижней половины тела и давлением воздуха в окружности открытых маточных вен.

Воздух проникает в половой канал женщины при коленно-локтевом положении ее, при положении с приподнятым тазом и даже при положении на боку, затем при каждом влагалищном исследовании и при каждой влагалищной операции.

Однако присутствия воздуха в полости матки непосредственно после родов еще недостаточно для возникновения воздушной эмболии несмотря на открытые вены плацентарной площадки. Повышенное внутриматочное воздушное давление после родов, обусловленное послеродовыми схватками и закрытием выхода из влагалища, столь же мало способствует проникновению воздуха из полости матки в глубоколежащие части половых вен, как и сочащаяся плацентарная кровь. Это происходит потому, что уже в начале послеродовых схваток благодаря смещению элементов маточной мускулатуры происходит закрытие глубжележащих частей маточных вен.

Воздушная эмболия из плацентарной площадки возникает только благодаря комбинации повышенного внутриматочного давления воздуха с одновременным открытием маточных вен на всем протяжении от плацентарной площадки до маточного сплетения. Эта комбинация в особенности встречается при частичном отделении плаценты во время сокращения матки и при предлежании детского места.

Совместное существование этих условий возможно там, где при целом пузыре воздух зажат между стенкой матки и плодным яйцом. Отделение яйцевых оболочек следует за отделением частей плаценты; благодаря этому возникает зияние плацентарных сосудов и межворсинчатых пространств. На пути открытого маточно-плацентарного кровообращения стоит тогда находящийся под давлением между маточной стенкой и плодным яйцом воздух в прямой связи с венозной кровью нижней половины тела.

Подобные же взаимоотношения возникают во время родов при предлежании детского места и в особенности при терапии этого состояния путем поворота на ножку. Преждевременное отделение детского места и пробурывание его в целях поворота открывают плацентарные вены и межворсинчатые пространства. Воздух проникает в полость матки с рукой акушера. После поворота при низведении ножки наступает ретракция матки. Содержащийся внутри матки воздух находится под повышенным давлением. Рука акушера препятствует выходу его через влагалище, а давление заставляет его проникать в открытые маточные вены либо прямо либо через открытые межворсинчатые пространства.

При кесарском сечении воздух постепенно проникает в полость матки в большом количестве; несмотря на это мы не можем согласиться с тем, что кесарское сечение при высоком положении таза способствует возникновению воздушной эмболии.

Мы потеряли одну больную после кесарского сечения с низким разрезом от воздушной эмболии благодаря сочетанию попадания воздуха в полость матки с атонией ее, которая несмотря на все принятые меры не могла быть устранена. В этом случае имело место многоводие, и матка после опорожнения ее представляла широкий и вялый мешок, находясь в атоническом состоянии и после зашивания операционной раны. Под влиянием тонизирующих средств в открытые вены поступило из маточной полости достаточное количество воздуха, чтобы произошла внезапная смерть от эмболии.

Надежной терапии воздушной эмболии не существует, хотя и предложено много методов ее лечения. Они основываются на наблюдении, что смерть наступает здесь при скоплении воздуха в правом желудочке. Поэтому было рекомендовано удаление воздуха из правого желудочка путем пункции. Легче и доступнее для практического врача положить больную с возможно высоко поднятыми ногами и возможно низким положением головы (положение с сильно приподнятым тазом). Опыты на животных и наблюдения над больными показали целесообразность применения этого метода при воздушной эмболии (Клейншмидт). При этом воздух собирается в верхушке желудочка и в меньшей степени препятствует поступлению крови из желудочка в легочную артерию.

При почти полной безнадежности лечения воздушной эмболии чрезвычайно большое значение приобретает здесь профилактика. Следует избегать коленно-локтевого положения, положения на боку и высокого положения таза при операциях, производимых *per vias naturales*, в особенности в последовом периоде (Оппе).

Внутриматочные манипуляции способствуют попаданию воздуха в полость матки, и поэтому установка строжайших показаний для подобного рода манипуляций является наилучшей профилактикой воздушных эмболий. При центральном предлежании детского места в условиях, когда акушерскую помощь приходится оказывать на дому, следует применять вместо внутреннего поворота при неполном раскрытии маточного зева (поворот по Бракстон-Хиксу) метод Баума. Метод этот состоит в наружном повороте на тазовый конец, после чего следуют перфорация предлежащего детского места, отыскание ножки двумя пальцами и низведение ее в целях остановки кровотечения путем внутрияйцевого прижатия плаценты.

Точно так же и при метрейризе воздушная эмболия, насколько можно судить об этом по литературным данным, наблюдается гораздо реже.

При влагалищных и маточных спринцеваниях необходимо тщательно удалять воздух из кружки и резиновой трубки. При наполнении метрейринтера точно так же необходимо обращать сугубое внимание на то, чтобы воздух не попал в балон или пузырь метрейринтера, так как балон иногда может внезапно лопнуть в матке, причем и в этом случае воздух не должен попасть в полость матки.

Наконец следует обратить внимание на большую опасность, которую таят в себе разрывы шейки и нижнего сегмента матки. Если подобного рода разрывы возникают у места прикрепления предлежащей плаценты, то начинают зиять большие вены маточного сплетения. Для того чтобы избежать разрывов шейки при шеечном предлежании детского места, следует воздерживаться при этом от экстракции плода через естественные родовые пути.

Каждый внутрисосудистый тромб, возникающий в токе крови у родильницы, начинается с образования конглоutinационного тромба и кончается образованием коагуляционного тромба.

Причиной является комбинация нескольких этиологических моментов. Существенное значение имеет здесь увеличение количества кровяных пластинок, наступающее именно у родильниц после кровопотерь, далее — физические изменения крови, как повышение вязкости плазмы, содержания глобулинов, аглютинации кровяных пластинок, которые как раз и наблюдаются во время беременности и в послеродовом периоде. Сюда же относятся по мнению некоторых авторов химические изменения крови вследствие всасывания альбумоз, аминокислот, жирных кислот, бактериальных тел и токсинов из родовых ран с их последствиями в виде изменений в соотношениях между кровью и эндотелием (Риттер). Вышеуказанные условия, способствующие образованию кровяными пластинками начала тромба, чаще всего по Ашофу встречаются там, где благодаря физиологическим моментам или постельному содержанию кровь особенно медленно течет и образует водовороты. Это особенно имеет место в венах нижних конечностей и таза, потому что при положении родильницы на спине помимо замедления тока крови благодаря недейтельности нижних конечностей венозная кровь из приводящих сосудов должна постоянно течь кверху к горизонтальным ветвям лонных костей и отсюда в полую вену, поднимаясь на высоту промонтория. То же относится к крови, которая течет кверху из глубины таза через подчревную вену в полую вену. Преимущественно тромбоз наблюдается в левой нижней конечности (по Тринклеру в 82—100%), потому что, как известно из истории развития (Ридель), левая общая подвздошная вена находится под тройякого рода давлением: спереди она перекрещивается правой общей подвздошной артерией и левой подчревной артерией, позади нее лежит средняя крестцовая артерия, а между этой последней и правой общей подвздошной артерией как бы вклинена левая общая подвздошная вена, почему движение крови в ней является более затрудненным, чем в правой общей подвздошной вене (см. дальше профилактику).

Благодаря этому как после самопроизвольных родов, так и после искусственного родоразрешения образование тромбов происходит почти исключительно в венах нижних конечностей и таза. Тромбы этих вен, будучи оторваны и занесены в легкие, благодаря своей длине могут образовывать клубки, закрывающие просвет легочной артерии или ее главных ветвей (эмболия). К редко встречающимся тромбам, имеющим однако большое клиническое значение, принадлежат тромбы синуса основания черепа. До настоящего времени в литературе описаны 10 случаев подобных тромбов со смертельным исходом (Мондре).

Тромбы без бактериальных включений носят название асептических, тромбы с бактериальными включениями — инфицированных. Вещество тромба представляет превосходный питательный материал для развития бактерий, почему тромбы часто размягчаются под влиянием последних (размягченные тромбы, пиемия, см. выше).

Как только имеются налицо условия, способствующие образованию тромба, кровяные пластинки фиксируются у венозной стенки. Отмирают ли сначала клетки интимы под скоплениями пластинок или же отмирают



501. Тромбоз левой наружной подвздошной вены.

сперва сами пластинки — неизвестно. В обоих случаях имеет место выпадение фибрина, который прикрепляет пластинки к стенке сосуда. Одновременно начинается организация тромба.

Со стороны сосудистой стенки со всех сторон проникают в вещество тромба вновь образованные клетки стромы и капилляры. Веще-

ство тромба рассасывается, и на его месте возникает петлистый рубец. Благодаря этой организации тромб уже рано фиксируется у венозной стенки.

Организация асептического тромба сопровождается всегда незначительными явлениями воспаления внутри венозной стенки и в ее ближайшей окружности воспалительной гиперемией, отеком и внедрением лейкоцитов.

Одновременно сосудистая стенка становится проходимой для расплавленной ткани, как напр. для свободного гемоглобина распадающихся красных кровяных шариков. Экссудат в этих случаях всегда свободен от бактерий.

Диагноз тромбоза вен таза и бедер поставить нелегко.

Во многих случаях тромбы в венах внутренних половых органов и бедер у рожениц не распознаются врачами. Исследование вследствие ничтожности воспалительной реакции в сосудистой и околососудистой соединительной ткани, каковая реакция сказывается зеленовато-желтой окраской, зависящей от диффузии красящего вещества крови, уплотнением по ходу вены и разлитой воспалительной гиперемией, позволяет распознать тромбоз только вен нижних конечностей, наружных половых органов и живота. Путем пальпации можно бывает также определить тромбозированные *v. saphenam* и бедреную вену непосредственно перед и при прохождении их через *lacina vasorum*, причем они маскируются перваскулярным воспалительным отеком складок, по которым проходят соответствующие вены. Если просвет общей подвздошной, наружной подвздошной или бедренной вен в большей своей части выполнен веществом тромба, то в тканях нижних конечностей, лежащих ниже места закупорки, возникает застойный отек. Окружность конечностей при этом увеличивается. Подкожные вены, которые отдают свою кровь ниже места закупорки в бедреную или в подвздошную вену, становятся шире и заметнее (рис. 501). При надавливании пальцем на кожу нижней конечности в течение продолжительного времени остается ямка.

Из венозных тромбов внутренних половых органов пальпацией распознаются только тромбы тех вен, которые лежат непосредственно под слизистой оболочкой рукава, тромбы же глубже лежащих вен не определяются.

Во многих случаях тромбы крупных сосудов не закрывают просвета их полностью. Кровь течет, хотя и более медленно, мимо тромба, и отходящих периферичнее тромба анастомозов бывает достаточно для избежания застойного отека.

Только при тромбах, полностью закупоривающих просвет сосудов, врач может заподозрить возможность закупорки вен в глуболежащих частях бедра или таза на основании наличия застойного отека стопы и голени.

При тромбозе тазовых вен боль отсутствует вследствие малой чувствительности этих вен и окружающих их тканей.

Патогномоничные для неинфицированных тромбов общие явления могут поэтому остаться незамеченными даже при внимательнейшем исследовании родильниц.

Профилактика тромбозов и эмболий

Какую бы значительную роль ни играли увеличение числа кровяных пластинок после родов или изменения физических и химических свойств крови в процессе отложения кровяных пластинок, врач в каждом отдельном случае не в состоянии ни распознать все эти обстоятельства ни с успехом победить их. Зато он может в каждом случае ускорить общий ток крови и тем самым венозный ток в нижних конечностях и таза, где кровь течет особенно медленно. Мы преодолеваем замедление тока крови с 1911 г. согласно предложению Алюфа и Кренига искусственным ускорением этого тока с первого дня родов, но не ранним вставанием родильниц. Раннее вставание даже после абдоминального кесарского сечения не может быть начато достаточно рано, чтобы предотвратить образование тромбов. У ослабленных больных ускорение тока крови при раннем вставании ограничивается лишь незначительными движениями скелетной мускулатуры при переходе из лежачего в сидячее положение.

Мы боремся с замедлением тока крови системой нарастающих движений скелетной мускулатуры согласно указаниям шведской лечебной гимнастики.

При этом, основываясь на современных данных физиологии кровообращения, мы представляем себе механизм искусственного ускорения тока крови следующим образом: потребление энергии работающими скелетными мышцами требует постоянного возобновления той энергии, носителем которой является кровяная плазма вследствие вспомогательной функции вегетативной нервной системы, сопровождающей работу скелетных мышц; энергия при этой работе мышц освобождается отдельными порциями. Волны возбуждения симпатического нерва заставляют переходить энергию из печени в кровь, где она поддерживается обусловленной симпатическим нервом адреналинемией (симпато-адреналиновая вспомогательная функция Кенона). Из этого же общего симпато-адреналинового действия возникает ускорение переноса энергии в потребное место благодаря ускорению работы сердца и повышению кровяного давления. Систематические наблюдения Амбуэля установили в случаях применения гимнастики в послеродовом периоде признаки наличия этой вспомогательной симпато-адреналиновой функции в виде повышения частоты пульса и кровяного давления; усиливаются также глубина дыхания и вследствие этого присасывающая сила системы полых вен. В результате совместного действия всех этих факторов возникает ускоренный ток крови во всей кровеносной системе. Важно знать в целях профилактики тромбозов у ослабленных родильниц, что все эти ускоряющие ток крови факторы уже наступают при движениях скелетной мускулатуры (Хесс, Висс). Поэтому ускоряют ток крови уже

легкие движения руками и ногами. Движениями нижних конечностей ускорение движения крови еще больше усиливается вследствие прямого воздействия мускулатуры на лимфатические сосуды и вены в смысле передвижения крови в центральном направлении в сторону наименьшего сопротивления, т. е. из конечностей и таза в полую вену.

Ускорение тока крови в Цюрихской акушерской клинике проводится в палате согласно следующим указаниям как после самопроизвольных, так и после оперативно законченных родов независимо от того, были ли наложены швы на промежность, влагалище или шейку, наблюдалась или нет в послеродовом периоде повышенная температура.

Гимнастические упражнения в целях профилактики воспаления вен в послеродовом периоде и после оперативных вмешательств

(Все упражнения левой ногой производятся в двойном количестве, см. выше)

1. Сидя: вытягивать руки в стороны, сгибать и вытягивать кисти, сгибать и разгибать локтевые суставы (по 10 раз (рис. 175).
2. В положении на спине с прижатыми к телу руками: вращать ногу внутрь и кнаружи, сгибать и вытягивать ноги (по 10 раз.
3. Сидя: вращать руки внутрь и кнаружи, 5 раз в каждом направлении (рис. 175).
4. В положении на спине, удерживаясь руками за изголовье кровати, поднятие ног, сгибание ног, вытягивание ног, опускание ног, сначала одной ногой, затем другой, наконец обеими, каждое упражнение повторять 5 раз (рис. 177).
5. В положении на спине с руками, тесно прижатыми к туловищу: глубокое (диафрагмальное) дыхание—5 раз.
6. В положении на спине с руками, опирающимися в бедра или в кровать, поднятие верхней части туловища—5 раз.
7. В положении на спине, удерживаясь руками за изголовье кровати, вращать ноги внутрь и кнаружи—по 5 раз (рис. 178).
8. В положении на спине с руками на бедрах: притягивать ноги до максимального сгибания коленного и бедренного суставов, поднимать крестец с раздвижением и сдвиганием бедер—3 раза (рис. 179).
9. Сидя: поднимать руки вперед и в стороны при глубоком вдохе и выдохе—5 раз.

Упражнения эти засняты Институтом физической терапии в Цюрихе (проф. Верагут) на фильму, которая демонстрировалась на съезде Немецкого о-ва акушеров и гинекологов.

Не все, правда, тромбозы и эмболии в послеродовом периоде легко исчезают несмотря на систематическое проведение гимнастики под ежедневным наблюдением физкультурницы. Многие тромбозы образовались еще в течение беременности и полностью закрывают просвет венозных сосудов, так что послеродовая гимнастика в подобного рода венах не может усилить тока крови. Это наблюдается у женщин с подкожными расширениями вен, в которых образование тромбов начинается во время беременности, и случаи смерти от эмболии во время беременности (Дейхер) подтверждают это для глуболежащих сосудов нижних конечностей и таза. Иногда и глуболежащие сосуды представляют расширенные узлы, которые благоприятствуют замедлению тока крови без того, чтобы в подкожных венах такие узлы существовали (рис. 502). Отсюда следует, как важно не у отдельных, по выбору, а у всех рожениц систематически проводить профилактическое ускорение тока крови.

С тех пор как мы ввели послеродовую гимнастику, тромбообразование в подкожных венах наблюдается приблизительно в 1% случаев, а тромбозы бедренной вены—в 0,5%. Случаи смерти от эмболии благодаря гимнастике значительно уменьшились, что видно из нижеследующего.

Бунцель сообщает, что в течение 5 лет в 3 родо-вспомогательных учреждениях Нью-Йорка (Sloane-Hospital of Women, Women-Hospital и Lying-Li Hospital) на 31 746 самопроизвольных и искусственных родоразрешений, включая и случаи кесарского сечения, наблюдалось 20 сл. смерти от эмболии. Мы же наблюдали в 1911—1929 гг. в акушерских клиниках Франкфурта (1911—1921) и Цюриха (1921—1929) за то время, когда мы стали применять гимнастические упражнения с первого дня послеродового периода, на 33 204 сл. родов только 6 сл. смерти от эмболии.

Если несмотря на профилактическую гимнастику у роженицы развивается тромбоз, то больная должна соблюдать строгий покой. Путем высокого положения заболевшей конечности или, еще лучше, поднятия ножного конца кровати можно усилить ток крови в венах ноги до нижней полой вены. Этим я ускоряю ток крови позади тромба и мешаю его дальнейшему росту в периферическую сторону.

Следует избегать какого-либо давления на тромб. Местная терапия затромбозированной вены гиперемией (вольтова дуга), присницевскими компрессами, а позднее смазыванием смесью оливкового масла и серой ртутной мази в равных частях (Фрич) помогают организации и фиксации тромба у венозной стенки.

Когда в течение послеродового периода образуется тромб тазовых вен и больших вен нижней конечности, то нередко от него отделяются большие или меньшие частицы вследствие движения роженицы при сидении и вставании, при пользовании подкладным судном, при мытье в ванне и пр.; это явление может наблюдаться до 3 недель после родов и даже позже. Оторвавшиеся части тромба заносятся током венозной крови через полую вену в правое предсердие. Узкая полость последнего и гладкая ее поверхность позволяют этим частицам большей частью беспрепятственно через отверстие трехстворки проникнуть в правый желудочек и отсюда через отверстие легочной артерии попасть в эту последнюю. Это явление носит название эмболии.

Когда верхушка тромба задерживается у места деления легочной артерии или у стенки главной ветви, то под влиянием тока крови он может сделаться волнистым. Из его складок образуется клубок, между отдельными частями которого кровь еще в состоянии протекать. Наконец образуется крупный клубок, который вследствие постоянного поступления крови из правого желудочка вколачивается в просвет артерии. Внутри этого клубка отдельные части прилежат так тесно друг к другу, что кровь между ними протекать больше не может. В левый желудочек кровь из легких не поступает. Напротив, правый желудочек бывает переполнен кровью.

Если главный ствол легочной артерии или обе ветви ее одновремен-



502. Флебоэктазии и варикозные узлы на седалищном нерве.

по будут закупорены тромбами, то в течение нескольких минут, как при воздушной эмболии, наступает смерть.

Слабые больные умирают и при внезапной закупорке одной ветви легочной артерии, сильные же индивидуумы могут перенести подобную одностороннюю закупорку безнаказанно.

Если закупориваются средние ветви 2-го и 3-го порядка, причем в этих местах отсутствуют коллатеральные соединения между артериями, то возникает инфаркт легкого. Закупорка мелких ветвей не ведет к образованию инфарктов благодаря наличию, с одной стороны, капиллярных анастомозов между легочной артерией и артериями бронхов, а с другой—между артериями бронхов и капиллярами легочной плевры (Кауфман). Клинические явления и терапия инфарктов в течение послеродового периода ничем не отличаются от таковых же при инфарктах, возникающих на иной почве. Я отсылаю поэтому читателя к учебникам по внутренним болезням.

При закупоривающих тромбах Тренделенбург предложил для спасения жизни больных операцию быстрого удаления тромба из легочной артерии. Хотя в большей половине случаев эмболий, заканчивающихся смертью, летальный исход наступает по истечении 15 и более минут от первых симптомов (Фогт), тем не менее больная оказывается большей частью уже погибшей от асфиксии еще до того, как инструмент хирурга достигнет тромба. Даже и в тех случаях, где удавалось еще при жизни больной извлечь тромб из легочной артерии, больные все же вскоре после операции умирали.

Здесь, как и при воздушной эмболии, врач должен обратить исключительное внимание на предупреждение появления эмболии, т. е. должен принять профилактические меры против тромбообразования.

Хотя эмболии обычно бывают связаны с наличием свежих тромбов в венах, однако далеко не всякий венозный тромбоз ведет к эмболии.

Развитие эмболии зависит далее от отсутствия той реакции в стенке вены, которая благодаря образованию клеток стромы со стороны внутренней и средней оболочек сосуда ведет к фиксации тромба у стенки.

Кровотечения в послеродовом периоде

В течение послеродового периода без всяких внешних причин нередко наблюдаются кровотечения, которые после умеренной потери крови исчезают. Иногда однако кровотечения эти через несколько дней или недель могут возобновиться и таким образом вести к вторичной анемии. Изредка эти кровотечения бывают столь обильны, что наступают высокие степени малокровия, а при повторных кровотечениях наступает даже смерть от обескровливания.

Источником умеренных кровотечений является большей частью плацентарная площадка, угрожающее же кровотечение может также происходить из боковой стенки нижнего маточного сегмента и шейки. Высокие степени кровотечения происходят из артериальных сосудов.

Причинами умеренных кровотечений из места прикрепления плаценты являются либо плацентарные остатки либо при полном удалении плаценты нарушения в организации плацентарных тромбов, именно замедление окончательной закупорки плацентарных сосудов разрастаниями соединительной ткани из внутренней оболочки их. Физиологически в послеродовом периоде наступают под влиянием процессов обратного развития сокращение и ретракция, а вместе с ними—сжатие артерий и вен плацентарной площадки, и кровь протекает вблизи разорванных плацентарных сосудов. Если тромбы плацентарных вен недостаточно организованы и сами сосуды поэтому недостаточно закупорены, то вполне понятно, что при повышении внутривенного давления в нижней половине тела венозные тромбы плацентарной площадки раз-

рыхляются и отрываются, и венозная кровь из плацентарных вен попадает в полость матки, откуда вытекает наружу.

Венозный застой в области места прикрепления плаценты прежде всего возникает в виде местного застоя в теле самой матки вследствие антефлексии, ретрофлексии или частичного выворота последней в послеродовом периоде.

Повышение общего венозного давления вплоть до обратного тока в нижней половине тела и вместе также и в области плацентарной площадки возникает вследствие изменений в положении тела больной при переходе ее из лежачего положения в сидячее и из сидячего в стоячее. Кроме того оно возникает вследствие повышения внутрибрюшного давления при кашле и чихании и главным же образом при натуживании во время мочеиспускания и дефекации и при поднятии тяжестей. Вследствие всех этих моментов нередко в раннем и позднем послеродовом периоде наблюдаются кровотечения из половых органов.

Но и артериальные тромбы плацентарной площадки могут разрыхляться и вследствие повышенного кровяного давления выталкиваться из сосудов. Тогда в полости матки возникает артериальное кровотечение. Подобного рода кровотечение наступает иногда при обильном введении пищевых веществ, повышающих кровяное давление. Однако чаще всего они происходят под влиянием душевного волнения, которое сопровождается симпатикотоническим перемещением крови из периферии в большие сосуды, усилением деятельности сердца и повышением кровяного давления.

Более обильные кровотечения в послеродовом периоде из плацентарной площадки являются поздними последствиями нарушений в механизме отделения последа.

Если в послеродовом периоде происходит разрыв большего или меньшего клубка артерии на высоте линии отделения плаценты, то эти артерии, окруженные тканью децидуальных перегородок, выступают в полость матки. Благодаря многочисленным отверстиям полость эта сообщается с клубками артерий. Благодаря сокращению и ретракции маточной мускулатуры сдавливаются прежде всего проходящие в ней артериальные стволы таким же образом, как и стволы остальных, разорванных по линии отделения плаценты плацентарных артерий. Сочащаяся кровь образует у отверстий этих артериальных клубков благодаря воздействию освободившегося в области плацентарной площадки фибрин-фермента толстые фибриновые сгустки, которые покрывают клубок в виде оболочки. Это ведет к прекращению бывшего вначале значительным послеродового кровотечения.

Однако между окончательным соединительнотканью закрытием разорванных артерий на месте отделения плаценты и закрытием отверстий описанного артериального клубка имеется существенная разница.

По линии отделения плаценты артериальные отверстия закрываются благодаря разрастанию соединительной ткани интимы. Отверстия же сосудов в артериальном клубке оставшихся децидуальных перегородок остаются открытыми, потому что их стенки и окружность состоят лишь из безъядерной гиалинизированной ткани, которая не может закрыть соединительной тканью отверстий сосудов. Их просвет вплоть до артериального ствола остается хотя и суженным, но сохранившимся. Поэтому артериальная кровь, если в послеродовом периоде не наступит сужения и ретракции, течет из ствола опять в артериальный клубок, вытекая через отверстия которого отделяет покрывающие клубок фибриновые сгустки.

Часто эти сгустки приподнимаются только в окружности артериальных от-

верстий, в основании же—нет. Тогда образуется мешок, содержащий жидкую кровь, который окружает артериальный клубок. Благодаря образованию вихрей крови внутри мешка на внутренней стороне его стенок откладываются кровяные пластинки и фибрин. Благодаря этому стенка мешка утолщается, и все образование увеличивается. Образование это носит название плацентарного полипа или полипозной гематомы матки (Лангханс).

Если мешок лопается вследствие повышения артериального давления или повреждения его стенки, то возникает обильное артериальное кровотечение наружу. Подобное же явление можно наблюдать в том случае, если около артериального клубка и децидуальной ткани остаются ворсинки.

Если в полости матки остается одна либо несколько долек плаценты, либо добавочная плацента, то открытые сосуды плацентарной площадки закупориваются тромбами таким же образом, как об этом говорилось выше. При отсутствии сокращения и ретракции маточной мускулатуры материнская кровь, напротив, продолжает течь по нетронутым сосудам плаценты в сохранившиеся межворсинчатые пространства и отсюда через неповрежденные вены обратно (Мартенс). Отсюда делается понятным возобновление кровотечения при дальнейшем частичном отделении остатков плаценты.

Определить источник кровотечения в послеродовом периоде часто довольно трудно. Путем осмотра зеркалами половых органов и в особенности наружного маточного зева можно твердо установить, что источник кровотечения находится в самой матке. Нередко, а именно при больших остатках последа или при прикреплении последа в нижнем маточном сегменте, цервикальный канал бывает настолько широко раскрыт, что при влагалищном исследовании исследующий палец легко проникает через внутренний зев в полость матки. Здесь палец ощущает остатки последа в виде эластичного образования с неравномерно зернистой поверхностью, которая ясно отличается от стенки матки.

Исключительно обследованьем полости матки можно правильно распознать местоположение и величину внутриматочного источника кровотечения в послеродовом периоде.

Среди бактерий, которые наводняют в послеродовом периоде остатки последа, нередко находятся стрептококки или стафилококки, которые могут проникать в живые ткани родильницы, поскольку нарушение целостности слизистой оболочки матки или нитабуховского фибринозного слоя на месте задержавшихся остатков последа позволяет это.

Только в том случае, когда полость матки совершенно свободна от стрептококков или от гноеродных стафилококков, исключена всякая опасность послеродовой инфекции при обследовании полости матки и очищении ее от плацентарного полипа (Винтер). Наконец существует еще опасность сильных, даже угрожающих жизни кровотечений при оперативном удалении плацентарного полипа (Браун-Феривальд).

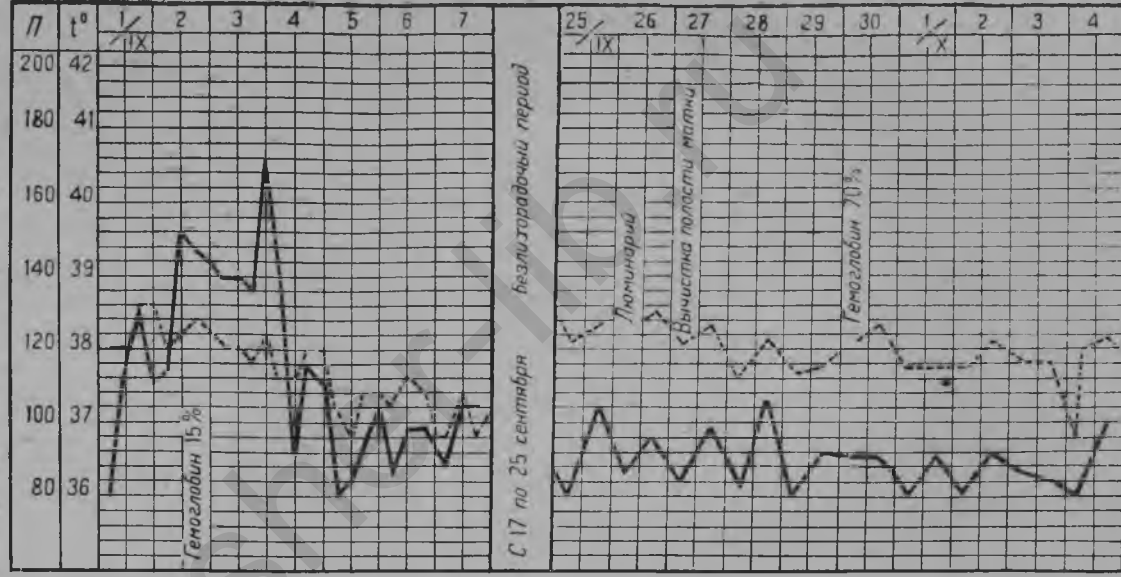
Все это показывает, что несмотря на всю техническую легкость удаления плацентарного полипа подобного рода вмешательство требует от врача величайшей осмотрительности. В подобных случаях лучше всего перевести родильницу из квартиры (в случае домашних родов) в лечебное заведение или родильный дом.

Если в полости матки находятся стрептококки или определяется околоматочный экссудат, то всякое внутриматочное вмешательство должно быть устранено (см. выше определение вирулентности по Коллеру, Руге-Филиппу).

Кровотечения должны быть лечимы такими мероприятиями, кото-

рые возбуждают матку к сокращению. Наиболее простым и вместе с тем наилучшим методом является сочетание тампонации влагалища с применением средств, усиливающих схватки. Даже при анемии, где количество гемоглобина равно 20%, нет необходимости прибегать к медленному высекливанью матки (рис. 503).

Выше было подробно указано, что положение матки обладает хорошо выраженной способностью самостоятельно плавать в полости таза бакутерий, если даже в полости ее находится плацентарный полип. Как быстро происходит это самостоятельное очищение, показывает кривая на рис. 503. Она свидетельствует, что бактериологическое исследование выделений матки, повторяемое каждую декаду, вполне уместно, и этим путем можно определить время, когда матка может быть об-



503. Больная поступила в клинику 31/VIII 1916 вследствие тяжелой анемии, гемоглобина 15%, в матке гнилостно разложившийся остаток плаценты. Пульс 140, $t^{\circ}39,5^{\circ}$. Больная возбуждена, мочится и испражняется под себя. В полости матки дрожжевые грибки, стафилококки, ложнодифтеритические палочки и стрептококки. 22/IX полость матки содержит лишь сарцины. Одновременно больная при выжидательной терапии перестает лихорадить. 26—27/IX расширение цервикального канала ламинариями, опупывание полости матки, удаление еще крепко державшегося плацентарного полипа. Послеоперационное течение гладкое. 16/X выписана здоровой с 75% гемоглобина.



504. Травматическая аневризма маточной стенки.

следована и выскоблена без всяких вредных последствий для больной.

Для уверенности в отличительном распознавании между плацентарным полипом и хорион-эпителиомой каждый случай плацентарного полипа должен быть обследован микроскопически.

Опаснейшими кровотечениями в послеродовом периоде, иногда ведущими к смерти, являются кровотечения из основного ствола или главных ветвей маточной артерии.

Если во время родов произойдет разрыв ветви маточной артерии и вместе с ней стенки нижнего маточного сегмента и шейки или влагалищной части матки, то происходит сильное артериальное послеродовое кровотечение. Если кровь вытекает наружу и врач вводит зеркало во влагалище, он может распознать кровотечение из разрыва шейки. По окраске и по пульсации вытекающей крови он может кроме того установить разрыв артериальных сосудов. Брызгающего сосуда врач при этом не видит, потому что его центральный конец оттянут к стволу маточной артерии (рис. 504). В этом случае нет возможности наложить надежную лигатуру на кровоточащую артерию и сле-

дует зашить разрыв шейки или тампонировать шейку и влагалище, причем кровотечение останавливается. Под влиянием сжатия и ретракции послеродовой матки края разорванной ткани сближаются, они склеиваются между собой и в громадном большинстве случаев прочно соединяются вновь образованной соединительной тканью; разорванная артерия соединительной тканью однако не закрывается.

Иногда вытекающая из артерии кровь проникает позади влагалищного тампона в соседние ткани, причем возникает наполненная кровью полость, в которую входит сосуд (травматическая аневризма, рис. 504). Эта полость в меньшем числе случаев лежит в тонкой стенке нижнего маточного сегмента, большей же частью в параметрии. Оттененная в сторону ткань покрывается сначала слоем тромбов, в которых фибрин преобладает над отмершими кровяными пластинками. Внутри аневризмы возникают вихревые токи (Рибберт, Луфс).

Если отводящий ствол разорванной артерии проникает в аневризму или если артерия надорвана лишь сбоку, то кровь протекает внутрь аневризмы и наружу из нее.

Из окружающей аневризму соединительной ткани молодые клетки стромы проникают в окружающую фибриновую капсулу и организуют ее.

Только в тех случаях, когда фибриновая капсула ограничивает полость самой матки, не наступает подобной организации. Фибриновая капсула благодаря внедрению полинуклеарных лейкоцитов и под влиянием бактерий тогда даже утончается.

При таких условиях вполне понятно, что при повышении кровяного давления внутри аневризмы во время вставания, сидения и т. д. неорганизованная стенка аневризмы, отграничивающая полость матки, может лопнуть. Отсюда следует, что шов или тампонада только временно закрывает отверстие и при всяком новом движении больной кровотечение может возобновиться.

При разрыве одной из ветвей шеечной артерии матки первое кровотечение может иметь место непосредственно после родов или довольно поздно, при первом сидении или вставании, а при лихорадочном послеродовом периоде с длительным пребыванием в постели—даже спустя несколько недель после родов. Из полового канала вытекает при этом чистая кровь.

Тампонация влагалища и шейки при покойном содержании больной может окончательно остановить кровотечение. Оно однако с такой

же силой может возобновляться 2, 3, 4 и более раз, если больная, оправившись от бывшей кровопотери, начинает снова двигаться. В конце концов в результате кровотечения наступает смерть. Подобного рода кровотечения из ветвей маточной артерии происходят из разрывов шейки, доходящих до нижнего сегмента матки.

Такого рода распространенные разрывы шейки возникают при насильственно проведенных оперативных родах *per vias naturales*, напр. при извлечении плода щипцами, повороте, извлечении плода за тазовый конец при неполном открытии маточного зева. Место нахождения отверстия, через которое артериальная кровь попадает в полость матки, находится большей частью в нижнем сегменте справа или слева несколько выше границы между шейкой и телом матки.

Определить место такого кровотечения довольно трудно. Пожалуй можно видеть свежее слившийся или гранулирующий разрыв шейки. Однако этот разрыв не кровоточит, а кровь течет из полости матки, и поэтому поставить дифференциальный диагноз между кровотечением из плацентарных сосудов в дне матки и кровотечением из шеечной артерии иногда бывает совершенно невозможно. Единственно при пальпаторном обследовании полости матки можно распознать место кровотечения, а именно если больная кровоточит из шеечной артерии, то исследующий палец находит внутреннюю поверхность дна матки гладкой, а маточную стенку—равномерно плотной. При обследовании же нижнего сегмента матки палец легко попадает на месте аневризмы через мягкую здесь маточную стенку в неправильную полость, которая простирается до параметрия.

Важно знать, что при этом исследовании, как и при расширении шеечного канала и особенно при введении палочек ламинарии в целях его расширения, может возникнуть новое обильное кровотечение из аневризмы, при котором в течение короткого времени пропитываются кровью несколько тампонов. Здесь следует обратить внимание на исключительную опасность бесцельного выскабливания.

В случае родов на дому больная в подобном состоянии должна быть немедленно переведена в лечебное заведение. Спасти жизнь больной здесь может только полное удаление матки. Именно таким образом я спас в подобных случаях трех женщин путем полной экстирпации матки через живот.

Если в послеродовом периоде неполного разрыва матки лопнет в просвет полового канала большая гематома, то зачастую изливаются огромные количества крови из половых органов. Частый пульс, холодный пот, одышка и беспокойство больной указывают на большую кровопотерю.

Если гематома сообщается с просветом полового канала маленькими отверстиями,—из лохимальной флоры в гематому попадают самопроизвольно частью гноеродные бактерии, частью сапрофиты. Последнее обстоятельство имеет место и тогда, когда больная во время родов не была исследована и полость гематомы оставалась нетронутой. Гематома в этих случаях либо нагнаивается либо ихорозно распадается.

Важно наконец, что при подсерозных гематомах несмотря на отслойку тонкой серозной оболочки экссудатом из нагноившейся или ихорозно распавшейся гематомы не возникает разлитого воспаления брюшины довидимому вследствие того, что попавшие бактерии могут вести только сапрофитный образ жизни.

Родовой шок

Родовой шок наступает внезапно непосредственно после изгнания плода или после окончания послеродового периода уже в первые часы послеродового периода, притом не только после родов, сопровождающихся каким-либо вмешательством, но и после самопроизвольных родов. Он наблюдается у анемичных рожениц даже в случаях, где патологических кровотечений в послеродовом периоде не было, реже при быстром самопроизвольном опорожнении матки (стремительные роды). О судебно-медицинском значении шока при стремительных родах см. ниже.

Шок, дальше, наступает при грубом применении метода Креде, при вывороте матки и при реинверзии ее. При этом клинические явления соответствуют тем, которые описываются в литературе под названием нервного шока.

Больная находится в коллапсе. Оправившись от него, она становится беспокойной и жалуется на тошноту и позывы к рвоте. Работа сердца то замедляется то учащается. Пульс становится нитевидным и даже неощутимым, дыхание ускоряется, кожа делается цианотичной, влажной и холодной. Это состояние отличается от клинической картины кровотечения только тем, что наружу не выделяется крови.

Клиническая картина шока не отличается однако от того состояния, которое бывает при внутренних кровотечениях в брюшную полость, под брюшину и в полость матки без вытекания крови наружу.

Цангемейстер вполне прав, указывая на большую опасность неправильного объяснения возникновения шока как вторичного явления при скрытых повреждениях мягких частей.

Легко понять, что для установки точного диагноза в неясных случаях следует прибегать к пробному чревосечению.

Чтобы по возможности избежать диагностических ошибок, следует иметь в виду следующее: внутриматочные скопления крови могут быть удалены выжиманием помощью метода Креде, скопления крови вне матки и в подбрюшинную ткань около матки возникают обычно вследствие разрывов матки во время родов. Давлением, производимым рукой вдоль границ матки и в направлении безыменной линии, можно выдавить подбрюшинно скопившуюся кровь через разрыв в маточную полость матки и этим самым поставить точный диагноз. Внутривнутрибрюшинные скопления крови вполне точно могут быть установлены пункцией брюшной полости через задний свод или при положении больной на боку — через переднюю брюшную стенку. В последнем случае пункцию нужно делать в точке на 2 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости.

Патологоанатомические изменения каких-либо органов, лежащие в основе шока, неизвестны. Внезапное наступление и самостоятельное исчезновение его указывают на нарушения в обмене веществ. Этиологически я на основании наших современных знаний иннервации сердца и сосудов объясняю шок следующим образом.

Опыт Гольца с поколачиванием учит нас, что сильные механические раздражения, которым подвергается живот, влияют на сердце и сосуды органов брюшной полости. Хесс подтвердил это положение экспериментальным путем при относительно незначительных раздражениях рецепторов глубокой висцеральной чувствительности. Если сердце оправилось от остановки в диастоле и начинает снова работать, все же несмотря на это в него попадают недостаточные количества крови из полых вен, ее становится все меньше и меньше, и сердце в результате работает вхолостую, не присасывая крови. Все это происходит от того, что нервы брюшных органов реагируют на механическое раздражение, возникшее вследствие ударов в переднюю брюшную стенку, расслаблением тонуса сосудов, и поэтому значительные массы крови застаиваются в тех отделах сосудистого тракта, которые иннервируются посредством *n. splanchnicus*.

Быстрое опорожнение матки, грубое применение метода Креде, выворот матки, реинверзия ее ведут к механическим раздражениям брюшины. Я не смотрю поэтому на родовой шок как на последствие механического раздражения рецепторов висцеральной чувствительности.

Прогноз при родовом шоке большей частью хорош. Родильницы быстро оправляются. В литературе встречаются лишь несколько достоверных сообщений о смерти в послеродовом периоде в зависимости от шока.

Лечение шока состоит в том, чтобы возможно быстро доставить в пустое сердце и в пустую артериальную систему необходимые количества крови. Это удастся достигнуть высоким положением тела больной и перетягиванием нижних конечностей и таза. Тонус сосудистой системы можно поднять внутривенным введением физиологического раствора с несколькими каплями адреналина или, еще лучше, введением 500 см³ гипертонического 10% раствора виноградного сахара (глюкозы). Для возбуждения сократительной деятельности сосудов в органах брюшной полости применяют механическое раздражение их путем массажа передней брюшной стенки и возбуждение всей гладкой мускулатуры введением питуитрина.

Судебно-медицинское значение родового шока, в особенности при стремительных родах. Уже Винкель, основываясь на личных наблюдениях, настойчиво указывал на то, что нужно кратко обозначать общее состояние родильниц вскоре после стремительных родов вместо обычных выражений «слабость» или «обморок», выражением «неспособность к сознательному отношению к окружающим явлениям».

Он вменяет в обязанность акушеру обращать сугубое внимание на это своеобразное психическое и физическое состояние родильницы после стремительных родов, так как оно имеет значение при решении вопроса о смерти ребенка от недомотра.

Литература

Патологическая анатомия: Arneth, Qualitative Blutlehre, Jena, 1922.—A schoff, Med. Klinik, 1911, S. 11.—Ders, Beitrage zur Thrombosenfrage, Leipzig, P. C. W. Vogel, 1902.—R. Benda, Das retikulo-endotheliale System in der Schwangerschaft. Urban u. Schwarzenberg, Wien, 1927.—Bingold, Virch. Archiv, 1913, Bd. 234, S. 332.—Bumm, Archiv f. Gyn., Bd. 40, S. 398.—H. Dold, Das Bakterien-Anaphylatoxin und seine Bedeutung für die Infektion, Jena, G. Fischer, 1912.—E. Fischer, Zentralbl. f. Gyn., 1924, S. 2203.—L. Frank, Meleney und Mitarbeiter, Americ. Journ. of Obst. u. Gyn., Bd. 16, S. 180.—Hermstein, Zentralbl. f. Gyn., 1921, S. 683.—Hernhan, Münch. med. Wochenschr., 1925, S. 422.—W. Hinselmann, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 73, S. 146.—P. Hoehne, Zeitschr. f. Gyn., 1912, S. 258.—Ders, Archiv f. Gyn., Bd. 93, S. 563.—Hornung, Zentralbl. f. Gyn., 1924, S. 2170.—Hubert, Münch. med. Wochenschr., 1926, S. 1695.—Ivanisovich, Journal of Surgery, Gynecology and obstetrics, 1926, Vol. 18, S. 678.—Ivanow-Smolensky, Schweizer Archiv f. Neur. u. Psych., Bd. 12, S. 13.—Kownazki, Beitr. z. Geb. u. Gyn., Bd. 10, S. 275.—P. Krömer, Archiv f. Gyn., Bd. 73, S. 57.—W. Lipschitz, Ergebnisse der Psychologie, Bd. 23, Abt. 1, S. 1.—Louros u. Schreyer, Klin. Wochenschr., 1926, S. 2037 u. 2358.—Louros, Klin. Wochenschr., 1928, S. 996.—A. Mayer, Zeitschr. f. Gyn., 1921, S. 794.—E. Martin, Über das Bindegewebe der weiblichen Genitalien in der Haftapparat der weiblichen Genitalien, Berlin, S. Karger, 1911.—Nürnbergger, Münch. med. Wochenschr., 1925, S. 1671 u. 1735.—J. P. Pavlow, Die höchste Nerventätigkeit (Das Verhalten) von Tieren. J. F. Bergmann, München, 1926, S. 320.—Scheid, Zeitschr. f. Geb., Bd. 58, S. 258.—W. Sigwart, Die Pathologie des Wochenbettes in Biologie und Pathologie des Weibes von Halban u. Seitz, Bd. VIII, 1 Teil, S. 448.—Waltherd, Zeitschr. f. Geb., Bd. 47, S. 247.—Ders, Zeitschr. f. Geb., Bd. 75, S. 350.—Wätjen, Beitr. z. pathol. Anatomie und allg. Pathol., Bd. 59, S. 418.—Warnekros, Zur Prognose der puerperalen Fiebersteigerungen auf Grund bakteriologischer und histologischer Untersuchungen, Archiv f. Gyn., Bd. 104, S. 301.

Терапия: Aschermann u. Rosenblum, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 79, S. 293.—Bottner, Münch. med. Wochenschr., 1921, S. 876.—Bumm, Über die operative Behandlung des Puerperalfiebers. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. Gyn., Bd. 13, 1909, S. 105.—E. Fischer, Zentralbl. f. Gyn., 1924, S. 2203.—E. Frey, Indikation, Technik und Resultate des Kaiserschnittes, Schweiz. med. Wochenschr., 1926, S. 1161. Entbindung durch die Uterusbauchdecken-Fistel.—A. Grumgach, Zeitschr. f. Immunitätsforschung und experim. Therapie, Bd. 57, S. 357.—Guggenheim u. Löffler, Biochem. Zeitschr., Bd. 72, S. 325.—Hermstein, Zentralbl. f. Gyn., 1921, S. 683.—H. Hinselmann, Zentralbl. f. Gyn., 1929, S. 2264.—Ivanisovich, Journal of Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1926, Vol. 18, S. 687.—Lange, Deutsche med. Wochenschr., 1927, S. 714.—Martens, Deutsch. med. Wochenschr., 1929, Nr. 29 u. Nr. 30.—Miller, Zeitschr. f. Hyg. 1927, Bd. 107, S. 253.—Poulson, Presse medicale, 1924, S. 145.—H. Sachs, Zur Frage der Proteinkörpertherapie, Therapeut. Monatshefte, 1920, S. 378.—Schittenhelm, Referat zur Tagung der deutschen Vereinigung für Mikrobiologie in Würzburg, 1922, Zentralbl. f. Bakteriologie, Bd. 89, Abt. I, S. 90.—Schottmüller, Münch. med. Wochenschr., 1921, S. 66 u. 1928, S. 1580.—F. Schweinfurth, Zeitschr. f. Immunitätsforschung und experim. Therapie, Bd. 58, S. 53.—Sellheim, Zentralbl. f. Gyn., 1925, S. 481.—W. Sigwart, Die Pathologie des Wochenbettes in Biologie u. Pathologie des Weibes von Halban u. Seitz, Bd. VIII, 1 Teil, S. 448.—Walther, Interne Behandlung puerperaler Wundinfektionen. Verhandl. d. Deutschen Gesellsch. f. Gyn., 1909, Bd. 13, S. 27.—Warnekros, Bumm, Franz, Diskussion über die Bedeutung der Venenligatur. Zentralbl. f. Gyn., 1921, S. 877.—Warnekros, N. Louros u. M. Becker, Über ein neues Serum zur Behandlung der puerperalen Sepsis. Münch. med. Wochenschr., 1926, S. 2155.—P. Watson, Americ. Journ. of Obst. and Gyn., Bd. 16, S. 157.—Weichardt, Münch. med. Wochenschr., 1919, S. 289.—Ders, Archiv f. Hygiene, Bd. 73, S. 153.—Winter, Lokale Behandlung puerperaler Wundinfektionen, Verhandl. d. Deutschen Gesellsch., f. Gyn., 1909, Bd. 13, S. 56.—P. Zweifel, Das Kindbettfieber in Döderlein Handbuch d. Geb., Bd. 3, S. 253.

Тромбоз и эмболия: Aschoff-Beck-de la Camp-Kroenig, Beiträge zur Thrombosenfrage, Leipzig, F. W. S. Vogel, 1912.—v. Bardeleben, Archiv f. Gyn., Bd. 83, S. 12.—v. Baumgarten, Entzündung, Thrombose, Embolie und Metastase, J. F. Lehmann, 1925.—Bennecke, Die Thrombose, Handbuch d. allgem. Pathologie von E. Krehl u. Marchand, Bd. 2, T. 1. L. Hirzel, 1913.—Bumm, Archiv f. Gyn., Bd. 40, S. 398.—E. Bunzel, Pulmonary Embolism complications in pregnancy, labour, and the puerperium. Americ. Journ. of Obst. and Gyn., Bd. 8, S. 584.—P. Esch, Zeitschr. f. Gyn., 1918, S. 264.—H. Heselhorst, Archiv f. Gyn., Bd. 122, S. 632.—F. Ilyn, Zeitschr. f. Gyn., 1914, S. 633.—Kaufmann, Lehrbuch d. pathol. Anatomie, S. 90, Fussnote.—Kleinschmidt, Zeitschr. f. Gyn., 1912, S. 634.—Kroenig, Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 381.—Lichtenstein, Münch. med. Wochenschr., 1920, S. 699.—O. Mondre, Zeitschr. f. Gyn., 1928, S. 3199.—E. Opitz, Zeitschr. f. Gyn., 1908, S. 1502.—Ritter, Über die Bedeutung der Endothelien für die Entstehung der Venenthrombose, Jena, Gustav Fischer, 1926.—P. Schulte, Dissertation Gissen, 1908.—Trendelenburg, Zeitschr. f. Chir., Bd. 44, S. 1302.—Vogt, Zeitschr. f. Geb., Bd. 73, S. 137.

Кровотечения в послеродовом периоде: v. Braun-Fernwald, Handbuch Geb., v. Winckel, Bd. 3, Teil 2, S. 207.—Krönig, Deutsche med. Wochenschr., 1907, S. 1528.—Th. Langhans, Beiträge zur Geb. u. Gyn., Bd. 5, S. 1.—W. Langhans, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 11, S. 508.—Loofs, Beiträge zur Geb. u. Gyn., Bd. 18, S. 225.—Mertens, Zeitschr. f. Geb., Bd. 30, S. 1.—H. Ribbert, Virchows Archiv, Bd. 220, S. 133.—L. W. Ulyanowsky, Zeitschr. f. Gyn., 1914, S. 610.—M. Wathard, Verhandl. d. Deutschen Gesellsch. f. Gyn., Bd. 12, S. 626.—F. v. Winckel, Die Bedeutung präzipitierter Geburten für die Ätiologie des Puerperalfiebers. München, 1884. Druck von Oldenburg.

Расстройства нервной системы: Asher, Ergebnisse d. Physiol., 1. Jahrg., 2. Abt., S. 346.—Golz, Virchows Archiv, Bd. 26, S. 1.—Ders, Virchows Archiv, Bd. 29, S. 394.—W. R. Hess, Über die Wechselbeziehungen zwischen psychischen und vegetativen Funktionen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Bd. 15, Heft 2, Bd. 16, Heft 1 u. 2.—Ders und W. H. Wyss, Beitrag zur Kenntnis der Eingeweidesensibilität. Pflügers Archiv., Bd. 194, S. 195.—E. Siemerling, Handbuch f. Geb. von Döderlein, Bd. 2, S. 43.—Zangemeister, Döderleins Handbuch d. Geb., Ergänzungsband, S. 443.

ГРУДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОСЛЕ- РОДОВОМ ПЕРИОДЕ

В. Штексель (Берлин)

Функция грудных желез (mammae) после родов повышается: вместо молозива (colostrum) железа начинает вырабатывать молоко.

Имеется повидимому причинная зависимость между плацентой и грудной железой (Хальбан, Франкль и др.), но какова эта зависимость—определенно неизвестно. То обстоятельство, что секреция молока наступает только после удаления плаценты, указывает на тормозящее влияние последней на грудную железу. С другой стороны, наблюдения, что кормление плацентой повышает секрецию молока, а многие животные сейчас же после рождения плаценты пожирают ее, говорят за то, что плацента содействует секреции грудных желез. Повидимому яичник и плацента возбуждают рост этих желез, но тормозят их секрецию (Новак).

Повышенная деятельность грудных желез становится клинически заметной благодаря быстрому увеличению их размеров. Утолщенные в виде узлов их дольки становятся ясно ощутимыми и притом в противоположность начинающемуся маститу во всех частях груди. На третий день утолщение это достигает высшей степени. Груды иногда за одну ночь становятся твердыми, как камень, и очень чувствительными к давлению. Кожа на них напрягается и сильно краснеет («молоко прибыло»). Повышенная продукция молока не связана с этим острым набуханием, которое обыкновенно через 1—2 дня прекращается. Оно не сопровождается также лихорадкой, самое большое—при нем наблюдается повышение температуры на несколько десятых градуса.

Впрочем неприятные субъективные ощущения в грудях могут при этом достигать степени даже сильных болей. Чтобы облегчить эти боли, груди надо тщательно, избегая области сосков, смазать каким-либо жиром (ланOLIном, прованским маслом) и подвязать кверху.

Часто при этом опухают подмышечные доли грудных желез (Хенинг) или расположенные там многочисленные рудиментарные грудные железы, которые делаются тогда чувствительными зачастую настолько сильно, что женщина не может поднять рук. Это может вести к ошибочному диагнозу мастита с опуханием подмышечных лимфатических желез.

Очень редко наблюдается патологическая, огромная гипертрофия одной или обеих грудных желез, наступающая уже в начале половой зрелости или только в течение беременности, но всегда притом первой (рис. 505); до сих пор в литературе описано 35 случаев такой гипертрофии (по Хейну). Груды свисают при этом, как огромные опухоли, почти до пупка. Увеличение их идет исключительно за счет железистой и соединительной тканей, жировая же ткань в нем не участвует (фибро-эпителиальное новообразование по Борсту).

Эта патологическая гипертрофия грудей, развивающаяся во время беременности, после родов иногда, но не всегда, идет на убыль. Повидимому речь тут идет о гормональном расстройстве, влиять на которое лекарствами совершенно невозможно. Единственно действительной терапией повидимому является облучение рентгеном (А. Майер). Если оно не дает успеха, то иногда такие груди приходится удалить путем ампутации.

Относительно прикладывания ребенка, организации и техники этого прикладывания см. выше.

Болезни сосков

Ухаживающая за родильницей сестра должна уметь проводить строгую асептику, действительно понимая ее сущность и технику. Самой родильнице нужно объяснить возможность переноса инфекции от лохий



505. Патологическая гипертрофия грудных желез во время беременности (по Царукову).

Женщина 22 л. беременная во второй раз. Гипертрофия наступила очень быстро, на 5-м месяце 2-й беременности. В течение 10 месяцев под влиянием массажа и иодистого калия груди уменьшились до нормы. В послеродовом периоде молока совершенно не было.

бую маску. Она должна наконец знать, что может касаться грудей только при кормлении ребенка, а сосков вовсе не должна касаться.

Содержание в чистоте и применение дубящих средств могут конечно сделать соски определенно более устойчивыми в отношении образования трещин, но часто случается, что очень грязные соски, за которыми не было никакого ухода, остаются неповрежденными, тогда как на содержащихся безупречно чистыми образуются трещины. Наклонность к ранимости сосков зависит от конституции организма. Особенно предрасположены к этому блондинки с нежной кожей, а первородящие, у которых покровы сосков еще не загубели от сосания и молоко идет с трудом, подвергают трещинам чаще, чем повторнородящие.

Болезни рта (молочница, дифтерия) содействуют образованию трещин (Марфан), равно как и слишком продолжительное держание ребенка у груди, так как благодаря этому покровы сосков размягчаются.

Если прикладываемый к груди ребенок берет только сосок, не захватывая околососкового кружка, то сосок повреждается значительно легче. Трудно захватываемые соски и тугие груди, равно как и сильно развитые, большие соски, выполняющие ротик ребенка, являются в этом отношении также невыгодными. В более поздние месяцы кормления, после прорезывания первых зубов, соски могут подвергаться укусам. Верно также, что при чрезмерном стремлении к дублению (обтирание сосков спиртом, растирание мягкой зубной щеткой, массаж) никакого

на соски, и она должна научиться понимать опасность, заключающуюся в ее собственных руках как передатчика инфекции. Прежде чем приложить ребенка к груди, она должна основательно вымыть свои руки и очистить ногти. Она должна далее знать, что после этого мытья ей нельзя дотрагиваться руками до подстилки или проводить пальцами по лицу, либо всовывать их в рот; если же она сделает это или если кашляет, либо чихнет в свои руки, то должна снова вымыть их. Она должна затем сейчас же сообщить, если у нее заболит палец, чтобы можно было своевременно открыть и перевязать образующийся панариций. Она должна вполне ясно понимать возможность инфицирования ребенка и сосков при насморке и ангине, и если болеет ими, то должна корчить, одевая на лицо осо-

дубления не достигается, но этим может быть прямо вызвано воспаление сосков и образование на них ранок.

Если кожа соска трескается, то образуется или поверхностная эрозия или более глубокая линейная ранка, которая при проникновении в нее стафилококков кожи быстро воспаляется. Развивающиеся при этом боли при прикладывании ребенка бывают часто очень сильны, даже невыносимы.

Трещины сосков располагаются на верхушке последних большей частью лучеобразно, у основания же их—дугообразно. Последнего рода трещины при поверхностном осмотре могут быть легко просмотрены, если они лежат скрыто в складках кожи. Иногда они бывают настолько глубоки, что может произойти отделение соска. Повреждения эти превращаются в язвы, края трещин воспалительно утолщаются, гранулируют, мокнут и легко кровоточат.

Часто это происходит таким образом: соски, находившиеся во время беременности в полном пренебрежении, плохо или совсем не обмывавшиеся, покрываются плотной коркой, которая состоит из пота, молозива и отторгнувшегося эпителия, сидит на верхушке соска, как пластырь, и бывает крепко припаяна к его поверхностному эпителию. Когда ребенок начинает сосать, то он отсасывает корку, а вместе с ней и эпителий, и ссадина легко инфицируется.

При более обширных трещинах ребенок может иногда отсасывать так много крови, что получается как бы картина мелены (*melaena neonatorum spuria*). Отсюда, если у ребенка наблюдается рвота с кровью, надо прежде всего осмотреть соски матери, нет ли на них трещин.

Профилактически правильный и разумный уход за грудями может дать многое. Женщина в последние месяцы беременности должна регулярно производить обмывание груди и сосков холодной водой с мылом сперва рукой, затем—жестким полотенцем, а потом постепенно переходить к пользованию губкой. Благодаря этому не только усиливается сопротивляемость кожи сосков, но и повышается возбудимость (эректильность) последних, что имеет большое значение для акта сосания.

Эрекция соска наступает вследствие сокращения охватывающей его основание кольцом субареолярной мышцы, причем кожа околососкового кружка морщится и темнеет. Бывает, что это сокращение доходит до степени очень болезненной, не поддающейся терапии судороги соска (Циммерман).

Понятно, что и этот способ дубления не должен переходить границ и вызывать ранения кожи, какие мне часто приходилось наблюдать у слишком усердных женщин.

В послеродовом периоде груди родильницы должны содержаться очень чисто. Перед первым прикладыванием ребенка сестра должна обмывать их водой с мылом и потом покрывать чистым полотном. Особое значение имеет правильная здесь техника кормления.

Родильница из страха перед постоянно повторяющимися болями может наконец так пасть духом, что это отражается на отделении молока; однако и в таких случаях нужно всеми силами стремиться к тому, чтобы она продолжала кормление. Если ребенок в первое время жизни лишается материнского молока, то это приносит ему непоправимый вред.

Прежде всего здесь надо испробовать применение хорошо подобранных колпачков для сосков (рис. 193 и 194). Эти колпачки должны перед каждым употреблением кипятиться. Мера эта оказывает особенно хорошие услуги именно при плохо развитых сосках и при глубоко сидящих язвах. Иногда впрочем несмотря на это кормление продолжает



506. Схема различных форм мастита по Яшке—Панкову).

S—подареолярный абсцесс; G—галактофорит; I—интерстициальный мастит; Pu—ретромамарный абсцесс.

быть настолько болезненным или кровотечение из сосков при кормлении бывает настолько значительно, что не оставляет ничего другого, как совершенно прервать прикладывание ребенка на 1—2 дня, чтобы могло наступить известное заживление трещин. Во время этой паузы груди нужно грудь опорожнять сдаиванием или отсасыванием с помощью молокоотсоса системы Яшке (рис. 190).

Для лечения трещин сосков мы считаем пригодным следующие мази: 1) Conch. praeparat. 20,0, Aq. calcis 15,0, Ol. amygd. dulce 50,0. 2) Bals. peruv. 0,3, Boracis 1,5, Talc. 5,0, Vaselini flavi 30,0. 3) Камиллозановая мазь. 4) Мова-бальзам (Zinci oxydati 0,5, Bals. perv. 1,0, жиру 9,7, экстракта hamamelis 1,0). Мази накладываются после кормления и перед новым прикладыванием смываются.

Глубокие трещины надо прижигать 5—10% раствором ляписа или подной настоек. Влажных повязок из-за их мацерирующего действия лучше не употреблять.

Яшке советует оставлять груди часами непокрытыми и, если можно, выставлять на солнце, так как сухое содержание сосков ускоряет заживление трещин.

Воспаление грудной железы (пuerперальный мастит)

Если у роженицы появляется лихорадка, то у лечащего врача спадает камень с сердца, когда он находит «только» мастит, так как он знает тогда, что с большой уверенностью может обещать быстрое излечение. Сама роженица чувствует конечно другое. Она испытывает сильные боли, во многих случаях ей приходится подвергаться операции, а затем у нее остаются рубцы, которые не только обезображивают ее, но могут и тормозить и даже совершенно прекратить функцию грудных желез.

Инфекция может попасть в грудные железы через двое «ворот» и идти при своем распространении двумя путями: или гнездившиеся в коже стафилококки восходят по млечным протокам до желез и прежде всего проникают в застоявшееся молоко (галактофорит), а затем—в ткань желез (паренхиматозный мастит) или же проникают через трещины в лимфатические пути и межжелезистую ткань (интерстициальный мастит) и ведут к флегмонозному расплавлению ткани.

Самыми поверхностными формами заболевания, имеющими место при этом втором пути инфекции, являются фурункулез околососковых кружков (нагноение монгомеровых или сальных желез последних) и суб-



507. Нагнаивающийся мастит с субареолярной флегмоной.

ареолярный абсцесс. Заболевания эти остаются большей частью локализованными и лишь редко проникают в глубину.

Самая глубокая локализация флегмоны бывает при ретромаммарном абсцессе, где инфекция проникает через всю ткань грудной железы, распространяясь затем над или под фасцией большой грудной мышцы.

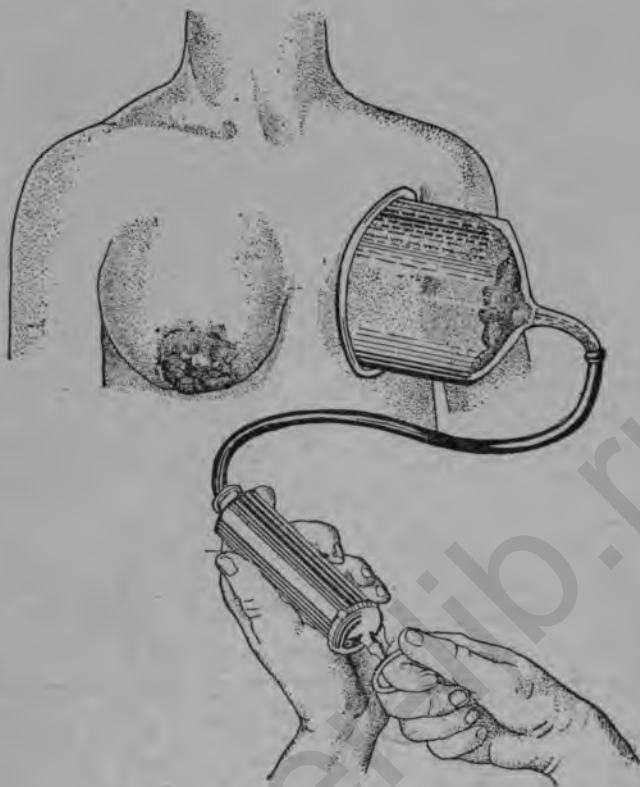
Паренхиматозный и интерстициальный маститы комбинируются между собой так часто и так быстро, что различать их клинически не имеет смысла, тем более что клиническое течение обеих форм не представляет никакой разницы.

Возбудителями инфекции при мастите кроме бактерий кожи родильницы бывают бактерии рта ребенка (стафилококки, стрептококки—по Марфану и Рейсу), а иногда—бактерии влагалища родильницы и гонококки при офтальмобленорее детей.

Большой редкостью является метастатический мастит, развивающийся при занесении инфекции из матки в течение послеродовой лихорадки. Редко также мастит, долго оставшийся без лечения, вторично ведет к сепсису и смерти. Но все же иногда бывает, что даже и при правильной и своевременной терапии мастита развивается угрожающий сепсис.

При мастите поражаются большей частью наружные—верхний или нижний—квадранты груди, но затем в заболевание могут быть вовлечены и все остальные квадранты последних. Первородящие заболевают чаще, чем повторнородящие. Нередко болезнь поражает обе груди, причем они заболевают большей частью одна за другой.

Первые симптомы мастита—это припухание и болезненность железы. В последней опускаются твердые, очень болезненные узлы, кожа на которых часто краснеет, а нередко можно видеть и воспалительно покрасневшие лимфатические пути, идущие по коже груди до подмышечной впадины и до увеличенных и болезненных лимфатических желез.



508. Техника применения бировской банки при мастите.

Врач должен принять за правило — осматривать у больной обе груди, причем заболевшая обыкновенно бывает увеличена. Иногда увеличение это при глубокой локализации процесса и особенно при старом воспалении является единственным видимым изменением. Лихорадка при паренхиматозном застойном мастите может быть сначала умеренной, при интерстициальной же форме заболевания она всегда высока (40° и выше) и часто сопровождается потрясающим ознобом. Болезненность груди постепенно увеличивается и особенно при прикладывании ребенка делается невыносимой. Кожа на воспаленном участке краснеет все сильнее и делается наконец отечной. Инфильтрированная ткань, вначале твердая, затем начинает размягчаться, и между твердыми участками определяется сначала менее плотное, потом совершенно мягкое, зыблущееся место. Если теперь не сделать разреза, то гной в этом месте сам прорывается наружу.

Ретромаммарный абсcess не поддается ощупыванию. При пальпации тогда получается впечатление, будто грудная железа лежит на водяной подушке.

Профилактика мастита состоит в предупреждении трещин сосков, надлежащем лечении их, если они уже образовались, и полном опорожнении груди, которое достигается, если ребенок отсасывает плохо, применением молокоотсоса.

Я утверждаю, что почти каждый мастит (исключения понятно бывают и здесь) можно купировать и вылечить с помощью бирювской гиперемии. Но гиперемия должна быть применяема своевременно, правильно и достаточно долго:

Своевременно, т. е. тотчас же после первых, едва обозначившихся симптомов (лихорадка с болью, с покраснением или чувствительностью). Я пришел к заключению, что тут имеют значение даже минуты. Слишком позднее начало лечения безусловно означает полную неудачу. Хорошим признаком того, что лечение начато слишком поздно, служит, если боль при застое не уменьшается, а увеличивается—тогда где-нибудь уже имеется абсцесс, который надо вскрыть. Если в таких случаях применяют асстой, продолжая его и дальше, то абсцесс растет и увеличивается до громадных размеров.

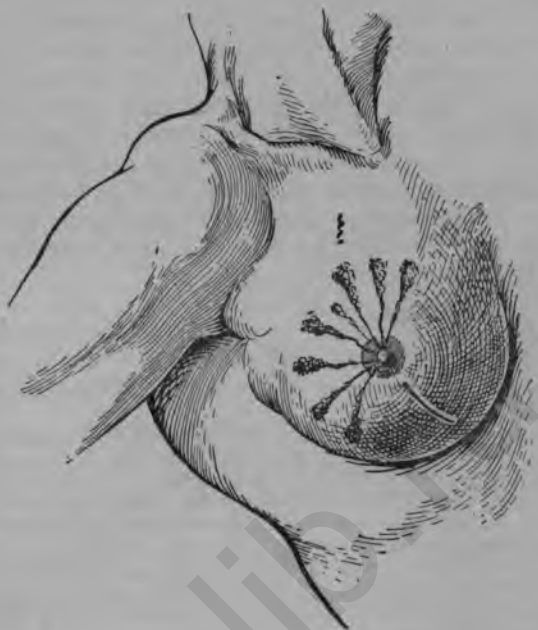
Правильно, т. е. с соблюдением всех технических деталей (рис. 508). Банка должна быть выбрана такой величины, чтобы в нее могла войти вся грудь. Воздуха выкачивается насосом настольно, что на втянутой в банку груди появляется багрово-красная застойная окраска. Застой продолжают 5 минут, затем открывают вентиль (кран), отнимают банку, причем грудь спадается, далее следует пауза в 3—5 минут, после которой застой повторяют. В общем застой применяют 3 раза по 5 минут с соответствующими паузами, 2 раза в день—утром и вечером. В дополнение к этому лечению больной назначают хорошее слабительное (2 ложки касторового масла) и подвязывают ее грудь, покрыв последнюю смоченной в 50% спирте марлей. Ребенка несмотря на воспаление надо продолжать прикладывать, так как именно теперь основательное опорожнение груди имеет большое значение.

Достаточно долго, т. е. 4—6 дней после прекращения как субъективных симптомов, так и всех объективных изменений.

Операцию, наоборот, не следует производить слишком рано, хотя это не соответствует основному хирургическому правилу—сейчас же вскрывать всякий гнойный очаг, но зато соответствует другому закону—не нарушать осумкования абсцесса.

Понятно каждый случай надо в этом отношении индивидуализировать, и выкидывание не следует доводить до того, чтобы случай оказался в конце концов запущенным. Всегда однако можно констатировать, что после раннего разреза, при котором едва находят сколько-нибудь заметное расплавление ткани, излечение наступает значительно медленнее и гораздо чаще требует повторных разрезов, чем после вскрытия созревающего или, еще лучше, совершенно созревшего абсцесса.

Общее состояние больных, особенно течение лихорадки, пульс и боли, имеет конечно такое же значение при выборе времени для операции, как и местные явления (прежде всего—ясное размягчение или ясно определяемая флюктуация).



509. Схематическое изображение строения грудной железы. Радиальное направление разреза.

Чем больше абсцесс созрел, тем скорее можно удовлетвориться простым разрезом. Последний всегда должен быть проводим в радиальном направлении (рис. 509), а не параллельно к окружности соска, чтобы при нем не перерезать ни одного или перерезать лишь немногие из молочных ходов и чтобы не образовалось молочных фистул. Разрез не должен быть слишком малым, он должен иметь такую величину, чтобы через него можно было провести хотя один палец, которым разделяют остатки ткани и вскрывают все карманы полости абсцесса, дабы образовать одну общую полость с гладкими стенками; в полость эту вводят затем резиновый дренаж.

При больших гнойниках в наиболее глубоком месте абсцесса делают противоотверстие, через которое и выводят введенный дренаж, снабженный боковыми отверстиями. Если полость гнойника очень велика, могут понадобиться даже два противоотверстия.

Начинающий врач и врач, думающий больше о косметике, чем об излечении, охотно делают слишком маленький разрез. Но вместо того чтобы быть награжденными, получив небольшой рубец, они часто бывают разочарованы затяжным течением болезни с не совсем понизившейся температурой и вынуждены бывают оперировать еще раз, а иногда даже много раз. Такая грудь, рассеченная по всем направлениям, обезображена рубцами, отнюдь не рекомендует хирурга.

Некоторые авторы (Клапп) держатся того мнения, что малые разрезы с последующими применением гиперемии и высасывания гноя делают излишними обширные разрезы с противоотверстиями. Я на основании своего опыта не могу к этому присоединиться.

Неправильны, даже бессмысленны, огромные разрезы. Хуже, если вследствие недостаточных надрезов вся грудная железа оказывается пронизанной множественными милиарными абсцессами и вполне выгнаивается; она во избежание общего сепсиса должна быть ампутирована. К такому радикальному лечению могут принудить в конце концов также незаживающие молочные фистулы.

По Барденхейеру операция при мастите производится так: делается дугообразный разрез в нижней складке между железой и грудной клеткой, грудь поднимается вверх и абсцесс вскрывается с задней стороны ее. С косметической точки зрения операция эта является почти идеальной, а в функциональном отношении—очень бережной, почему и должна применяться при всех распространенных нагноениях шире, чем это было до сих пор, при ретромаммарных же абсцессах—всегда.

После разреза на грудь накладывается слегка давящая влажная, асептическая повязка, которая через несколько дней заменяется сухой повязкой с введением ляписной мази в полость раны. Дренаж остается лежать до тех пор, пока нагноение не уменьшится. Слишком раннее удаление его может иметь своим следствием то, что место разреза закрывается преждевременно, наступает задержка гноя, а слишком продолжительное оставление поддерживает секрецию и благоприятствует образованию молочных фистул, которые часто остаются в течение многих месяцев и могут быть излечены только путем обширного рассечения и выскабливания.

Попытки обойтись без разрезов, пунктируя абсцессы и наполняя их вуцином или риванолом, остались без ясного успеха. Опыты с впрыскиванием собственной крови (20—50 см³ с 3,8% раствором лимоннокислого натрия) под инфильтрированное место еще слишком малочисленны, чтобы вывести на основании их какое-либо заключение.

Что правильнее при мастите—продолжать кормление ребенка или отнимать его,—на этот счет мнения расходятся. Черни—Келлер и Пфандлер позволяют кормить, Шлоссман, Яшке, Рейсс—также, если молоко

свободно от гноя. Марфан же требует отнятия ребенка, чтобы последний не глотал гноя, а Финкельштейн требует того же, дабы можно было лучше купировать мастит. Я держусь того мнения, что в начале болезни прикладывание ребенка позволительно и действует благотворно, так как оно вызывает основательное опорожнение груди. Впрочем боли, особенно в начале сосания, могут быть при этом очень сильны. Если абсцесс уже образовался, то я опасаясь переноса бактерий в полость рта и кишечника ребенка, хотя имеются примеры безвредного проглатывания достаточного количества молока, богатого стрептококками.

В редких случаях мастит развивается уже во время беременности, будучи выведен экземой, небольшими повреждениями кожи и будто бы сифилисом. Вследствие наличия при нем инфекционного очага болезни это тем неприятнее для асептического течения родов и послеродового периода, чем ближе начало ее к сроку родов. Излечение его удастся труднее, чем при появлении мастита, в послеродовом периоде. Двусторонний мастит во время беременности в литературе отмечен лишь в единичных случаях.

Если мастит лечен правильно, а в особенности, если абсцесс вскрыт своевременно и технически правильно, то грудная железа остается обыкновенно работоспособной для кормления в следующие послеродовые периоды, хотя секреция ее и бывает при этом несколько слабее.

Бывают случаи образования молочных кист вследствие рубцового закрытия выводного протока железы благодаря застою секрета позади места закрытия. Кисты эти могут быть излечены только путем обширного рассечения и дренажа.

Литература

Aschner und Grigoriu, Arch. Gyn., Bd. 94.—Halban, Arch. f. Gyn. Bd. 75. Schlossmann, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 17.—A. Heun, Zentralbl. f. Gyn., 1923, 7.—Klapp, Münch. med. Wochenschr., 1905.

ИЗМЕНЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

В. Штексель (Берлин)

Изменения положения и расстройтва кровообращения. Мочевой пузырь в течение беременности сдавливается и оттесняется, и именно под влиянием давления со стороны матки он отклоняется обыкновенно вправо, где и помещается лучше всего вследствие соответствующей установки ребер матки (левое ребро—влево и впереди, правое—вправо и кзади). При вступлении головки плода в таз пузырь вытесняется также через вход в таз кверху, причем верхушка его подымается тем выше, чем глубже головка опускается в малый таз. После родов он опять занимает свое место в середине малого таза, сильно растягивается вследствие значительного притока мочи и в свою очередь оттесняет матку (высокое стояние дна матки в послеродовом периоде). Так как в первое время послеродового периода диурез обилен, а механизм опорожнения пузыря нередко бывает нарушен, то высокое стояние матки из-за переполнения его представляет очень обыкновенное явление в послеродовом периоде. 100 см³ мочи в пузыре приподнимают матку в среднем на 1 см (Пфанкух).

Уретра во время беременности и особенно во время родов бывает сильно вытянута в длину (с 3,5 до 8,75 см по Цангемейстеру) и расположена по отношению к пузырю более радиально, тогда как вне беременности она лежит более тангенциально (под большим углом) по отношению к нему.

Мочеточники даже при вполне нормальной беременности и родах расширяются, особенно правый мочеточник, к которому матка прилежит ближе, чем к левому.

Прежде считали причиной этого прямое сдавление беременной маткой (Хальбертсма), позднее указывали, что вследствие имеющейся во время беременности гиперемии происходит припухание слизистой оболочки мочеточника, что собственно и является препятствием для оттока мочи. Я думаю, что мочеточники во время беременности и благодаря ей делаются атоническими (токсическая атония); Зельхейм говорит об удлинении мочеточников во время беременности.

В конце беременности мочеточники должны дугообразно обойти выпящую малый таз матку и своим нижним отрезком следовать за пузырем, если последний вытесняется из малого таза. Гиперемия вследствие беременности очень ясно проявляется и в уретре и в пузыре. На слизистой пузыря появляются иногда сильно расширенные варикозные узлы (геморрой пузыря).

Мочевой аппарат и матка находятся между собой в рефлекторном взаимодействии (Керер).

Расширение пузыря вызывает торможение сокращений матки, что особенно важно для послеродового периода родов. Сокращение его ведет к усилению маточных сокращений; наоборот, сокращение матки вызывает сжатие пузыря, а внезапное расширение матки—расслабление пузыря.

Функциональные расстройства. Беременные часто страдают учащенными позывами к мочеиспусканию (полакиурией) вследствие давления беременной матки на пузырь и вследствие гиперемии стенок последнего.



510. Отек сфинктера мочевого пузыря у роженицы. Цистоскопическая картина. Набухшая мускулатура сфинктера имеет вид мокрой ваты. Слева внизу—часть гиперемированного треугольника льето.

В конце беременности у них иногда имеет место относительное недержание мочи (при чихании, кашле, натуживании) вследствие того, что уретра устанавливается радиально по отношению к пузырю (Цангейм-ейстер).

Родильницы страдают иногда задержкой мочи (послеродовая ишурия), которая обыкновенно объясняется травматическими повреждениями пузыря и уретры во время родов (Штеккель). Пузырь и уретра тем сильнее сдавливаются между вступающей в таз головкой и симфизом, чем головка больше, чем уже таз и чем продолжительнее период изгнания. Последствиями сдавления бывают мелкие экстрavasаты в мускулатуре и под слизистой оболочкой, отек запирающего пузырь мускула (рис. 510) и основания пузыря (цистоскопия). Подвергшийся сдавлению пузырь функционирует в течение нескольких дней плохо или даже совсем не функционирует. Другими причинами ишурии бывают положение на спине, при котором многие женщины не могут мочиться, и рефлекторная судорога сфинктера, которая может наступить, если первые капли мочи попадут на раны в области наружных половых частей (разрывы промежности) и вызывают там чувство жжения.

Емкость пузыря во время беременности не уменьшается (Штеккель, Штейн-нагель), она даже увеличивается во второй половине беременности, а в послеродовом периоде увеличение это бывает весьма значительно (с 260 см³ во время беременности до 1 000 см³ и выше). Она понятно зависит от количества выпитой жидкости, а также от отделения молока и пота.

Функциональные изменения почек у беременных зависят от недостаточного снабжения кровью и кислородом (Лейден, Цангейм-ейстер). Диурез повышается в конце беременности в 26% всех случаев, и наблюдается альбуминурия, а иногда цилиндрурия. Во время родов диурез падает параллельно родовой деятельности до 600, иногда даже до 100 см³ в день при соответственно повышенной концентрации мочи. Альбуминурию можно обнаружить в 80% всех случаев, цилиндрурию—в 40%. В послеродовом периоде имеет место обильное отделение мочи (в случаях водянки беременных до 6 л в день по Цангейм-ейстеру), альбуминурия и цилиндрурия в нормальных случаях исчезают то скоро то более медленно.

Выделение азота происходит почти исключительно с мочой. На 5-й день послеродового периода у родильницы наступает азотистое равновесие, затем на короткое время наблюдается накопление азота, а с 10-го дня—опять азотистое равновесие (Захарьевский). Выделение азота в среднем равняется 18 г, мочевины—30,5 г, мочевой кислоты—0,7 г (Цангейм-ейстер). Выделение солей не представляет никаких изменений. В 80% случаев моча в послеродовом периоде содержит молочный сахар (Хофмейстер), количество которого повышается при застое молока и который исчезает при обильном отделении молока и при прекращении лактации.

Инфекции

Цистит у беременных развивается почти исключительно восходящим путем. Условия для восходящей инфекции как половых органов, так и мочевого тракта при беременности и родах более благоприятны (рис. 511).

Уретра всегда содержит патогенных бактерий. Свойственные беременности гиперемия и отечность, а также родовая травма благоприятствуют их прониканию в ткани. Очищающего оттока мочи часто не бывает (послеродовая ишурия). Имеющее особенно важное значение за-



511. Участие мочевого пузыря в послеродовой инфекции. Лимфангоит шейки пузыря и его дна. Пузырь и уретра разрезаны по передней стенке, в оба мочеточника вставлены зонды. Опухший, наполненный гноем лимфатический фолликул в слизистой оболочке пузыря, в которой имеются кровоизлияния.

крытие внутреннего сфинктера уретры может вследствие изменившегося во время беременности направления хода последней стать неплотным. Обыкновенно оно все-таки достаточно, чтобы предупредить восхождение инфекции, между прочим и при гонорейном уретрите, который необыкновенно редко ведет к гонорейному циститу.

Контактная инфекция здесь играет такую же главную роль, как и при пuerперальной лихорадке. Почти все циститы развиваются после катетеризации (Ольсхаузен), причем даже при совершенно асептическом выполнении последней бактерии уретры проталкиваются катетером кверху в пузырь, где находят благоприятные условия для своего развития вследствие травматического повреждения стенок пузыря. Еще опаснее понятие занесение бактерий снаружи при недостаточной асептике.

При подпольных абортах, в том числе и производимых путем впрыскиваний, нередко бывает, что наконечник шприца вводится вместо влагалища в уретру и пузырь (цистоскопически—кровяные в виде штрихов борозды на дне пузыря по Франку) и содержимое шприца (раствор мыла, концентрированный уксуснокислый глинозем и т. д.) впрыскивается в пузырь, прижигая последний. Результатом является иногда общий, очень тяжелый, иногда гангренозный цистит, а иногда также настолько тяжелое повреждение устьев мочеточников, что происходит обратный ток мочи из пузыря в почку. Перфорации стенок пузыря инструментами благодаря податливости этих стенок наблюдались лишь очень редко (Хольцбах).

Роженицы и родильницы, не подвергавшиеся катетеризации, циститом обычно не заболевают

Техника катетеризации. У беременных и родильниц лучше всего применять прямой стеклянный катетер, который конечно перед употреблением надо прокипятить и затем вместе с несколькими ватными шариками положить в 0,5% раствор лизола. Половая щель раздвигается, как при внутреннем исследовании. Вводящая катетер рука обмывает тампонами, смоченными в лизоле, наружное отверстие уретры сверху вниз, после чего тампон бросают и, в то время как половые губы остаются раздвинутыми, вводят катетер таким образом, чтобы его верхушка до введения ни к чему не прикасалась. Уретра проходит почти по прямой линии, лишь слегка выпуклой кзади, под нижним краем симфиза. Впрочем ход ее представляет некоторые особенности, если во время беременности пузырь будет смещен сильно вправо или если в послеродовом периоде он опустится в малый таз глубже, чем обыкновенно. Катетер сам находит себе дорогу, если его продвигают без усилия и при ощущаемом сопротивлении сейчас же направляют в сторону, т. е. поднимают или опускают, причем он без затруднений идет в правильном направлении. Всякое силь-

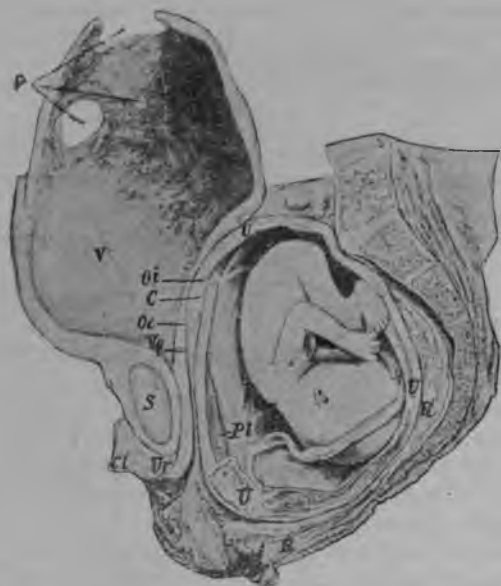
ное надавливание неправильно, оно повреждает уретру и препятствует скольжению катетера по правильному пути. Было бы непозволительным невежеством пробуровать катетером «ложный ход». Во время родов, если пузырь стоит очень высоко и уретра вследствие этого очень растянута, нужно бывает иногда применить мужской металлический катетер.

Воздержание от катетеризации для профилактики цистита столь же важно, как воздержание от внутреннего исследования для профилактики послеродовой лихорадки. Но избежать катетеризации труднее, чем внутреннего исследования. Лучше всего к каждой катетеризации присоединять промывание пузыря (раствором ляписа 1:2 000), что иногда однако невыполнимо. Но принципиально рекомендуется при этом назначать внутрь дезинфицирующие мочу вещества (уротропин, гельмитол, мпрмалид 3 раза в день по 0,5). Лечение пuerперального цистита не представляет ничего особенного: постельное содержание, питье чая из липового цвета, компрессы из настоя ромашки на область вульвы и мочевого пузыря, уротропин (по 0,5 3 раза в день внутрь или 1—2 раза 5 см³ 40% раствора его внутривенно), цилотропин (салициловый уротропин с кодеином—также внутривенно). К промываниям пузыря можно прибегать только по окончании острой стадии.

Особенно тяжелую форму цистита представляет гангрена мочевого пузыря (*cystitis dissecans gangraenosa* Штеккеля). Она развивается особенно при ущемлении ретрофлексированной беременной матки, причем благодаря высокому стоянию влагалищной части шейки передняя стенка рукава и уретра бываюи так вытянуты в длину и уретра так сдавлена, что развивается задержка мочи (ишурия). Вследствие этого пузырь сильно перерастягивается, его верхушка может подняться до пупка и выше, а содержание мочи может дойти до 10 л. Следствием этого перерастяжения является обусловленный анемией некроз внутренней стенки пузыря. Тогда могут быть две возможности: 1) разрыв пузыря с излиянием мочи в брюшную полость, со смертельным большей частью исходом (рис. 512), 2) опорожнение переполненного пузыря наружу несмотря на сдавление уретры, причем моча все время течет по каплям (*ischuria paradoxa*). Благодаря этому развивается восходящая инфекция, ведущая к гангрене пострадавшей в своем питании части пузырной стенки.

Часть эта выпадает в полость пузыря, представляя иногда свешивающийся в виде слепка пузыря секвестрированный мешок. Последний может при схваткообразных болях отойти через уретру. Пузырь тогда остается рубцово измененным. Некоторые случаи вследствие гангрены переходят в сепсис и кончаются смертью, в других—развивается восходящий пиелонефрит.

У каждой беременной, которая жалуется на затруднение при мочеиспускании, нужно подумать о ретрофлексии беременной матки. Ретрофлексию эту нужно по возможности еще до появления симптомов со стороны мочевого пузыря устранить или с помощью более частого применения высокого положения таза (Унтербергер), или с помощью выправления матки в коленно-локтевом положении, или наконец с помощью комбинированного выправления ее под наркозом. Если уже имеется полная ишурия, то при наружном исследовании находят опухоль, которая по величине и консистенции вполне похожа на беременную матку, но в действительности представляет переполненный пузырь. При внутреннем исследовании находят малый таз совершенно выполненным второй опухолью—ущемленной ретрофлексированной маткой, вла-



512. Ущемление перегнутой кзади матки на 4-м мес. беременности с перфорацией пузыря (по Маршану-Ортману).

У—пузырь с тремя перфорационными отверстиями (Р) на верхушке; U—матка; Pl—плацента; C—маточная шейка; Oe—внутренний зев матки; Oe—наружный маточный зев; Vg—вагина; S—симфиз; Ue—уретра; Cl—клитор; R—прямая кишка.

одновременно имеют место и застой мочи и инфекция—застой мочи вследствие беременности (атония мочеоттока, расширение его), инфекция проникает или восходящим путем или из кишок по кровеносным сосудам. Пиелит может следовательно развиваться без цистита или вместе с ним.

Развивается ли он всегда только первично во время беременности—сомнительно. Возможно, что в некоторых случаях дело идет здесь о рецидивах пиелита, причем первичное заболевание может быть уже очень давно (пиелит в детстве, при дефлокации).

Клинические симптомы пиелита у беременных неодинаковы: боли в области почек, особенно справа, сильная лихорадка, нередко ознобы, ускоренный, но полный пульс, чувствительность к давлению в мак-бурневской точке, при затяжном течении—желтуха, нередко поверхностное дыхание с плевритическими болями. Вследствие опухания почек движения диафрагмы становятся более поверхностными и болезненными, что может вызвать ателектаз в нижней доле правого легкого с притуплением и крепитирующими хрипами. Отсюда ясно, почему часто при пиелите ставят неправильный диагноз аппендицита, холецистита, пневмонии или плеврита. У каждой женщины, лихорадящей во время беременности, нужно прежде всего подумать о пиелите. Если при этом почка чувствительна к давлению, то правильность этого диагноза является весьма вероятной. Решающее значение имеют бактериоло-

галищная часть шейки стоит при этом высоко, часто бывает смещена к симфизу и над ним.

Терапия должна прежде всего состоять в медленном опорожнении пузыря. Если в последнем еще нет инфекции (моча чистая), то матку затем устанавливают в правильное положение и вкладывают пессарий. Если же моча уже разложилась, то сперва прикрепляют постоянный катетер, а с выправлением матки ждут несколько дней. Попытки немедленного выправления ее могут вести в таких случаях к разрыву пузыря. Часто вследствие ущемления ретрофлексированной беременной матки происходит аборт. При выраженной гангрене необходимо клиническое лечение.

Самое частое осложнение со стороны мочевых органов во время беременности—это пиелит беременных. При нем

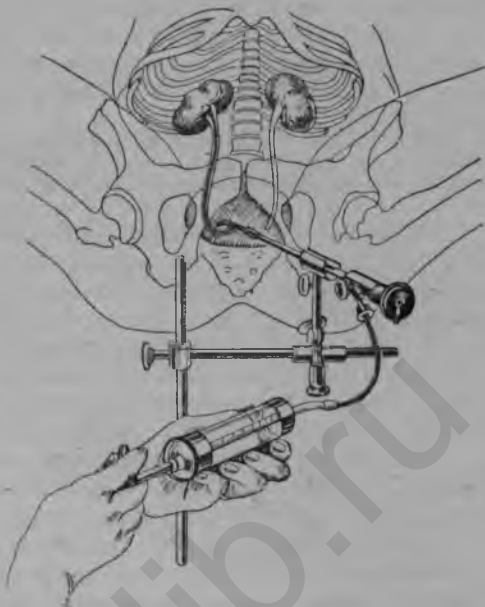
гическое исследование мочи, полученной из пузыря катетером, и цистоскопия. Почти всегда дело здесь идет о колибациллярной инфекции. Если следовательно в моче находят кишечную палочку в чистой культуре или вместе с другими бактериями, то диагноз бактериурии несомненен. Когда моча оказывается сильно мутной и содержащей в большом числе лейкоцитов, то можно думать об инфекции тканей мочевого тракта. Цистоскопия выясняет состояние пузыря, путем катетеризации мочеточников можно собрать мочу из каждой почки отдельно, доказать застой в мочеточнике и установить, имеется ли в данном случае одностороннее или двустороннее заболевание.

Всякий пиелит нужно сейчас же лечить. В более легких случаях с помощью освобождения больной стороны от давления (положения на здоровой стороне), обильного питья чая из липового цвета и с помощью внутривенных инъекций уротропина (5 см³ 40% раствора) удастся поднять диурез, устранить застой мочи и лихорадку, а посредством основательного промывания толстой кишки с помощью высоких клизм (2 раза в день несколько дней под ряд) задержать поступление бактерий из кишок.

Вакциноterapia в общем не дает удовлетворительных результатов. Действие неосальварсана, хотя это средство и очень хвалят, изучено еще слишком мало. Притом средство это действует очень различно.

Если указанные средства не дают успеха, надо без промедления провести местное лечение большой почечной лоханки с помощью ее промывания (рис. 513) через мочеточниковый катетер.

Меру эту конечно может провести только вполне владеющий методом специалист. С помощью ее можно почти во всех случаях достигнуть того, что застой мочи и лихорадка исчезают без прерывания беременности. Излечения в смысле полного уничтожения бактерий нельзя достигнуть никаким способом. Напротив, кишечные палочки обычно продолжают населять мочевой тракт еще в течение месяцев, даже лет; но они находятся только в моче (бактериурия) и после устранения застоя больше в ткань не проникают; их токсины больше не всасываются, почки и весь организм следовательно больше опасности не подвергаются, и общая инфекция больше уже не угрожает беременной. Если же оставить пиелит без лечения, то беременность часто заканчивается абортom



513. Промывание лоханки правой почки.

Цистоскоп укреплен на штативе Штенкеля, в правый мочеточник введен катетер, который подвигнут до лоханки. С концом катетера соединен шприц, содержимое которого (2% раствор борной кислоты) очень медленно впрыскивается в лоханку и оттуда мимо катетера оттекает обратно.

вследствие длительной интоксикации. Лишь редко, повидимому при стрептококковой, стафилококковой или смешанной инфекции и при слишком позднем применении промывания лоханок, местная терапия не дает успеха и должна быть заменена нефротомией или пиелотомией.

В подобных случаях надо всегда установить путем рентгенограммы (пиелограммы), нет ли у больной почечных камней. Иногда также за неизлечимым пиелитом может скрываться туберкулез почек.

Самый удобный и простой способ бороться с пиелитом беременных — искусственный аборт — следует принципиально отвергнуть. После опорожнения матки наступает впрочем всегда резкий перелом в смысле улучшения, застой в мочеточнике исчезает, делающийся вновь свободным отток мочи представляет естественное промывание, всасывание и интоксикация из инфицированной, но уже не застаивающейся более мочи прекращаются, и процесс очень быстро переходит в обыкновенно не длительную, клинически протекающую без симптомов бактериурию. Пока в руках врачей не было никакого лучшего или столь же действительного средства достичь этой цели, искусственный аборт был зачастую неизбежным и имел свое оправдание. Благодаря действительности промывания почечных лоханок производство аборта вообще потеряло уже свое обоснование и как принципиальная терапия пиелита должно быть отклонено самым решительным образом.

Мочевые свищи, повреждения и операции на мочевых органах

Большая часть мочевых фистул (рис. 514) возникает на почве некроза от давления. Если роды уже сами по себе травмируют пузырь и вызывают послеродовую ишурию, причем известные участки пузыря подвергаются этой травме особенно интенсивно и продолжительно, то ущемленные между симфизом и головкой части пузыря, пузырно-влагалищная перегородка и передняя стенка рукава становятся сперва анемичными, а затем подвергаются некрозу. После того как некроз отграничивается, весь омертвевший участок в послеродовом периоде отторгается, и получается отверстие, сообщающее пузырь с рукавом (пузырно-влагалищная фистула). Следовательно продолжительное течение родов после вступления головки в таз имеет важное значение в этиологии свищей.

Реже к образованию последних ведут непосредственные инструментальные повреждения при пубитомии, абдоминально-цервикальном и рукавном кесарском сечении, при соскальзывании перфоратора, разрыве стенок влагалища и пузыря неправильно наложенным крапнокластом или неправильно наложенными щипцами при прободении пузыря во время попыток произвести подпольный аборт, когда инструмент по ошибке вводят в уретру. Непосредственное инструментальное повреждение пузыря тотчас же ведет к недержанию мочи, если же свищ образовался на почве некроза, то недержание мочи замечается впервые лишь в послеродовом периоде, когда отторгается омертвевший участок.

Диагноз здесь в общем легок. В дифференциально-диагностическом отношении нужно иметь в виду лишь крайне редко наступающие после акушерских операций влагалищно-мочеточниковые свищи и недержание мочи, обусловленное подслизистым разрывом внутреннего сфинктера уретры. Если вся моча выделяется через влагалище, то тут либо пу-

зырно-влагалищный свищ либо недержание. Если же через влагалище произвольно выделяется только часть мочи, между тем как остальная часть отходит через уретру по желанию женщины, то имеется влагалищно-мочеточниковая фистула. Окончательно диагноз устанавливается при исследовании через влагалище. С помощью промывания пузыря можно бывает установить, остается ли введенная жидкость в пузыре (в случае влагалищно-мочеточникового свища) или стекает обратно через уретру (при недостаточности уретры), или вытекает через влагалище (при пузырно-влагалищных свищах). Часто также свищ можно ощупать пальцем, видеть и зондировать. Если при введении через уретру катетера, а через фистулу зонда можно слышать и чувствовать их соприкосновение, то это говорит о наличии пузырно-влагалищной фистулы.

Свищи, не сопровождающиеся значительной потерей ткани, даже если они и обширны, могут зарастать самопроизвольно. Уже из этих соображений раннее производство операции заживления их неправильно. Оно также и безнадежно, поскольку постоянно переполненные патогенными бактериями лохии, а также рыхлость и разрываемость тканей полового аппарата, еще не совершивших своей инволюции, создают сильную опасность для первичного заживления и для самой техники выполнения фистулорафии. Нужно поэтому выжидать с операцией четверть года и в это время лечить влагалищными промываниями и уротропином. Какие бы то ни было прижигания свища для вызывания самопроизвольного излечения его нужно отбросить. Если через 3 месяца самостоятельного закрытия свища не последовало, то нужно предпринять его зашивание. Последнее всегда удается, если оперирующий владеет опытом и техникой. Чем чаще он вследствие недостаточного опыта и плохой техники терпит неудачу, тем больше больной грозит в дальнейшем неизлечимость.

Если женщина, у которой была сделана пластика свища, опять забеременеет, то зашитый свищ может благодаря родам рецидивировать. В случаях, где операция зашивания свища была трудна или где она удалась только после многих неудач, во избежание рецидива свища лучше сделать кесарское сечение.

Иногда с разрывами пузыря могут комбинироваться разрывы матки. При этом кровяная моча сама по себе еще не указывает непременно на разрыв пузыря, — она может быть вызвана также разрывом большого сосуда слизистой последнего.

Иногда разрывы пузыря бывают во время беременности, если сильная травма (подъем очень большой тяжести, падение, удар в живот) происходит при наполненном мочевом пузыре.

Из операций на мочевых органах во время беременности наибольший интерес представляет удаление почки (нефрэктомия). Для беременной



514. Схематическое изображение участков, где могут образоваться мочевые фистулы (по Ли).

1 — тазово-брюшинная фистула (только после абсцессов в дугласовом кармане); 2 — прямокишечно-влагалищная фистула; 3 — прямокишечно-промежностная фистула; 4 — пузырно-влагалищная фистула; 5 — влагалищно-мочеточниковая фистула; 6 — пузырно-влагалищная фистула; 7 — влагалищно-уретральная фистула; 8 — влагалищно-промежностная фистула.

и для дальнейшего развития беременности она не представляет опасности, если вторая почка здорова. Равным образом и позднейшие беременности и роды для женщин с одной почкой при этом условии повышенной опасности не представляют. Вследствие этого при одностороннем туберкулезе почки нужно и во время беременности немедленно производить нефрэктомия. Более редкими показаниями к ней являются тяжелые односторонние пиелонефриты, которые иногда лопаются во время родов в брюшную полость (Галер), и осложненные нагноением почечные камни.

Матье установил на основании данных литературы, что 241 женщина, у которых была удалена почка, родили 267 родов, из них 250 протекали нормально, 15—с осложнениями и 2 окончились смертью.

После удаления почки по поводу туберкулеза разрешение на брак и беременность может быть дано только через 3 года.

Если у беременной с одной почкой наступает недостаточность почки, то беременность понятно должна быть прервана.

При эклампсии некоторое время применялась двусторонняя декапсуляция почек (Эдельболльс, Зиппель), если после родов эклампсия не прекращалась или появлялась только в послеродовом периоде при очевидной недостаточности почек. В настоящее время от этой операции совершенно отказались, так как комбинация кровопускания и строгановского метода представляет нечто лучшее.

Прорыв соседних гнойных очагов в пузырь

Прорыв гноя при параметрите чаще совершается в прямую кишку, во влагалище или наружу над пупартовой связкой, чем в пузырь. Диагноз такого прорыва в пузырь легок: при сильном позыве на мочеиспускание, а иногда после предшествовавших болезненных тенезмов неожиданно через уретру выделяется большое количество (до 1 л) чистого, нередко вонючего гноя, что вызывает у больной сильный ужас, а у знающего врача—полное удовлетворение, ибо оно означает самоизлечение. Под давлением со стороны быстро рубцующейся полости эксудата гной выделяется без остатка в пузырь и наружу, обыкновенно без развития цистита (если только внутренняя стенка пузыря была и остается незатронутой). Температура критически падает, часто бывающие перед тем сильные боли исчезают. Всякое местное лечение здесь излишне и неправильно, достаточно бывает постельного содержания больной, уротропина, обильного питья. Только если прободный канал из эксудата в пузырь закрывается клапаном и лихорадка поэтому не исчезает, что наблюдается редко, может сделаться необходимым вскрытие эксудата выше пупартовой связки или со стороны заднего свода влагалища.

При внематочной беременности, если плодный мешок срощен с кишкой и мочевым пузырем, он может инфицироваться со стороны кишки и нагноившееся содержимое его может прорваться в пузырь. Благодаря ихорозному разложению плодного мешка и гнилостному циститу при этом может развиться тяжелая картина хронического сепсиса. Части скелета плода выгнаиваются внутрь пузыря и инкрустируются мочевыми солями. Маленькие кости частью выходят через уретру, большие остаются в пузыре или ущемляются в перфорационном отверстии или в уретре и перфорируют пузырную стенку. Излечение здесь может быть достигнуто только с помощью операции (лапаротомия или высокое сечение пузыря), опорожнение плодного мешка и шивание его в разрез брюшных стенок, после чего плодный мешок заустевает.

Из 25 случаев, имеющих в литературе (Гросглик), большая часть относится ко времени нескольких десятилетий назад. В настоящее время внематочная беремен-

ность распознается и оперируется так рано, что подобные прободения в местах, где врачебная помощь достаточно доступна, наблюдаются лишь крайне редко.

Шторк сообщил об одном особенно интересном случае: внематочная беременность, оставшаяся без лечения 23 года, затем 5 нормальных родов (в том числе одни двойничные) с нормальным послеродовым течением, 3 аборта; через 17 лет—прорыв плодного мешка в пузырь; излечение путем высокого сечения пузыря.

Смещения и пороки развития мочевого органа

Врожденное расположение почки в тазу (рис. 515) может явиться препятствием для родов, если почка лежит в малом тазу полностью и не может быть из него выдвинута. В особенности неблагоприятно положение ее перед мысом крестцовой кости¹. Часто одновременно с этой аномалией встречаются и другие пороки развития (инфантилизм, двойное влагалище, однорогая или двурогая матка). Диагноз обыкновенно ставится неправильно; особенно часто вследствие развития гидронефроза ставят ошибочный диагноз опухоли яичника. При очевидном препятствии для родов необходимо то или иное вмешательство, смотря по случаю: иногда бывает достаточно щипцов или поворота, при сильном же несоответствии показано абдоминально-цервикальное кесарское сечение.

Роды при эктопии пузыря наблюдались до сего времени в шести случаях; при этом обыкновенно требовался разрез половой щели.

При особенно широкой уретре во время родов в единичных случаях развивалось выпадение уретры.

Уретроцеле—карманообразное, в виде мешка выпячивание слизистой оболочки уретры, за входом во влагалище,—образуется вследствие частичного повреждения задней стенки уретры на почве сдавления ее прорезывающейся головкой. Цистоцеле, являющееся обыкновенно последствием разрыва промежности и обусловленного этим выпадения влагалища, вызывает из-за давления со стороны матки в первое время беременности значительные жалобы и усиленные позывы на мочеиспускание. Растущая из малого таза матка обыкновенно тянет за собой опущенную стенку влагалища вместе с пузырем, почему и опущение рукава и цистоцеле уменьшаются, а вместе с ними уменьшаются вызываемые ими расстройства. Прерывание беременности из-за выпадения и цистоцеле является грубой ошибкой. Очень



515. Врожденное расположение правой почки в тазу.

LN — левая почка; nNN — правый надпочечник; rN — правая почка; Na — дуплочная артерия; Bl — пузырь; Sch — влагалище; U — двурогая двойная матка; rA — правые придатки; lA — левые придатки; lU — левый мочеточник; M — прямая кишка.

¹ Подобное расположение дистопической почки может служить показанием к операции кесарского сечения и удалению почки (при наличии второй здоровой почки), чтобы сделать возможными будущие роды per vias naturalis.—И. Ф.

редкие случаи, когда цистоцеле являлось препятствием для родов, не имеют в этом отношении значения.

Интралигаментарное положение мочевого пузыря между листками широкой связки может давать повод к развитию поперечного положения вследствие уменьшения пространства в малом тазу.

Камни пузыря могут во время родов отойти самопроизвольно непосредственно перед рождением ребенка. Они могут также, придавливаясь к симфизу, податься повод к смешению с экзостозами и к кесарскому сечению. Иногда они так сильно вдавливаются головкой плода в цистоцеле, что перфорируют пузырную стенку и выходят через образующуюся фистулу.

Литература

Kermauner, Handbuch von v. Fraukel-Hochwart, Strümpel u. v. Noorden, 1912.—Stoessel, Handbuch der Geburtshilfe von Doderlein, Bd. 3, Wiesbaden, Bergmann, 1925.—Он же, Ureterfisteln und Ureterverletzungen, Leipzig, Breitkopf u. Hartel, 1900.—Он же, Handbuch der Gynäkologie, von Stoessel, Veit, 3. Aufl.—Он же, Handbuch der Chirurgie von v. Bruns, Küttner, Garré, 1926.—Zangemeister, Verhandl. der Deutschen Gesellsch. Gyn., Bd. XV, 1913.—Joseph, Harnorgane im Röntgenbild, Leipzig, 1926.

Цистоскопия: Kneise, Atlas der Zystoskopie, II Aufl., Leipzig, Thieme, 1926.—Knoorr, Zystoskopie und Urethroskopie beim Weibe, Berlin, Urban und Schwarzenberg, 1908.—Stoessel, Lehrbuch der Zystoskopie, 2 Aufl., Berlin, Hirschwald, 1910; Atlas der Zystoskopie, Berlin, Hirschwald, 1909.—Wossidlo, Zystoskopischer Atlas, Leipzig, Engelmann, 1921.

Мочевой пузырь: Esch, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 43.—Ottow, Zentralbl. f. Gyn., 1927, № 46.—E. Martin, Arch. f. Gyn., Bd. 88.

Камни мочевого пузыря: Bötticher, Z. f. G., 1922, 37.—Poten, Z. f. G., 1922, 37.—Kneise, Z. f. G., 1933, 11.

Разное: Sachs, Z. f. G., 1923, 1 u. 5; Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 60.—Vogt, Z. f. Gyn., 1922, 38.—Schweder, Z. f. G., 1922, 48.—Haselhorst, Z. f. G., 1923, 8.—Kehrer, Festschrift für Chrobak, Wien, A. Holder, 1903.—Stephan, Zeitschr. f. Gyn. Urologie, Bd. 3.

ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Р. Яшке (Гиссен)

ВВЕДЕНИЕ

При лечении больных новорожденных еще больше, чем при уходе за здоровым ребенком, необходимо иметь в виду, что здесь дело идет не просто о меньших размерах детского организма, а что время раннего детства представляет хотя и временный, но функционально резко очерченный период жизни, во время которого в организме разыгрываются процессы заживления ран (пупок, другие родовые повреждения), каковые процессы могут быть нарушены возбудителями инфекции, и в течение которого имеют место коренные изменения кровообращения, дыхания, питания и т. п. Весь этот период представляет переходное время, в течение которого организм должен частью сразу, частью постепенно привыкнуть к тем жизненным условиям, к которым он до сих пор не был приспособлен. Я напомним об энтеральном питании, совершенно отличном от имевшего до сих пор место парентерального питания. далее—о необходимости приспособиться к значительно более низкой окружающей температуре и о борьбе со всевозможными бактериями на поверхности тела, у нормальных его отверстий и во многих полых органах. Нет сомнения в том, что при таких условиях нередко возникают поводы к заболеваниям, и только особая тщательность ухода может предотвратить расстройства во всем организме новорожденного или в отдельных его частях. Социальное значение заболеваний новорожденных весьма велико и должно привлекать к себе соответствующее внимание. Было бы весьма неправильно приводить единичные факты против того, что из общей смертности на первом году жизни 25% падают на первые 4 недели, т. е. на период самого раннего детства. Тем не менее в последующем мы дадим не систематическое описание всех заболеваний новорожденных, а выберем лишь практически наиболее важные и наиболее частые заболевания, лишь вкратце укавав на достойные внимания особенности в течении других наиболее распространенных заболеваний у новорожденного.

Прежде всего необходимо сделать несколько замечаний относительно техники исследования новорожденных. Анамнезом, собранным от матери, следует пользоваться лишь с осторожностью и по возможности полагаться на собственные наблюдения. Сначала определяют общее состояние больного ребенка (глубина сна, выражение лица, характер плача, положение ребенка, окраска его кожи, дыхание). При этом нередко достаточно бывает обратить внимание на отклонения от нормы, напр. *stridor*, затрудненное дыхание с раздуванием крыльев носа, выделения из носа и из ушей, цианоз, особую бледность или дряблость кожи, расчесы на ней, ненормальную красноту и т. п. Считать пульс у новорожденных почти бесцельно. В отношении сердца могут иметь значение в общем только значительные колебания частоты его сокращений и наличие шумов.

Обращают далее внимание на величину головки и напряжение родничков. Для осмотра переднего отдела полости рта достаточно зажать ребенку нос, в результате чего ребенок начинает кричать и вместе с тем открывать рот. Задний отдел полости рта лучше всего осматривать при помощи шпателя Пирке. Исследование носа лучше всего производить при помощи небольшой ушной воронки. Исследование гортани и ушей у новорожденных требует специального опыта.

Кроме того осматривают пеленки и по возможности определяют вид и запах свежих испражнений, осведомляются о числе их и количестве мочеиспусканий; только после этого распеленывают ребенка. При этом можно часто получить ценные данные относительно чистоты и тщательности ухода. Особенное внимание надо обратить на область ягодиц и заднего прохода (эквама), подошвы (*remphigus*), пупок, втянутость или напряжение живота и болезненность его при ощупывании.

Измерение температуры лучше всего производить самому и только через прямую кишку. Для этого укалывают ребенка на бок, отводят левой рукой согнутую в тазобедренном суставе ногу, а правой вводят термометр до начала температурной шкалы. Термометр должен быть прочно фиксирован. Измерение может считаться оконченным только в том случае, если в течение минуты столбик ртути больше не поднимается.



516. Аускультация новорожденного.

Никогда не следует забывать по возможности точно осведомиться о состоянии веса тела ребенка, а также о величине, характере и порядке кормлений.

Перкуссия легких производится очень нежно в положении на спине или на животе. аускультация же лучше всего прямо ухом (рис. 516), причем целесообразно выслушивать ребенка во время крика, так как хрипы нередко слышны только при глубоком дыхании.

Общая профилактика совпадает с тщательным уходом и питанием новорожденного.

I. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

1. Наружные повреждения мягких частей

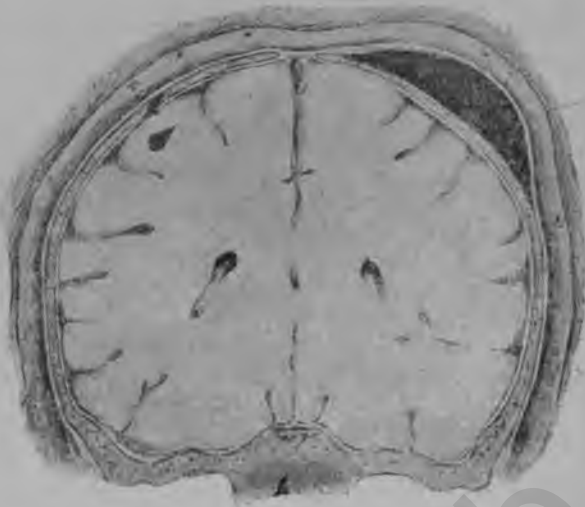
Наряду с родовой опухолью, мелкими экхимозами в коже головы и лица и вообще подлежащей части, а равно в конъюнктивах, каковые изменения надо рассматривать как физиологически сопутствующие родам явления, необходимо еще упомянуть о кровоизлияниях от сдавления в виде полос и экскориациях после родоразрешений при помощи щипцов, о разможжениях и даже открытых ранах мягких частей после поворота и извлечения с применением петли или ягодичных крючков. Далее после родов при узком тазе нередко наблюдаются в коже головки новорожденного следы сдавления черепа. Иногда дело доходит при этом до некрозов кожи с отделением омертвевших частей.

Отрывы ушной раковины (Эрскин) или ушибленно-резаные раны кожи головы, причиненные соскользнувшими щипцами, встречаются редко и при строго установленном показании могут быть избегнуты так же, как не должны бы встречаться и открытые повреждения кожи ногтями оперирующего акушера. Разные повреждения подлежащей части наблюдаются иногда после надрезов маточного зева или после послешного вскрытия матки при абдоминальном кесарском сечении, а также после неосторожного вскрытия плодного пузыря острыми инструментами или пулевыми щипцами.

Лечение необходимо только при экскориациях и открытых ранах мягких частей и состоит в наложении асептической защитной повязки во избежание инфекции с последующей флегмоной или даже общим сепсисом. Упомянутые выше асептические резаные повреждения требуют наложения швов.

2. Кровяная опухоль головки (Kephalohaematoma externum)

Она представляет типичное родовое повреждение, возникающее после самостоятельно и инструментально законченных родов вследствие замедленного открытия зева после разрыва пузыря и препятствий со стороны мягких частей в периоде изгнания и должна рассматриваться как поднадкостничная гематома свода черепа (рис. 517). Вследствие прочного соединения надкостницы черепа (pericranium) с костями его в местах швов кровяная опухоль всегда ограничивается одной костью. Впрочем иногда на одном и том же черепе находят две и даже три таких опухоли.



Отделившийся
перност благода-
даря кровя-
ной опухоли

517. Кровяная опухоль головки новорожденного.

Диагностическое отличие кефалогематомы от головной опухоли всегда возможно на основании резких, совпадающих со швами границ ее. Лишь непосредственно после родов нередко переходящая за эти границы головная опухоль может симулировать наличие поднадкостничной гематомы, но уже спустя несколько часов или дней с постепенным изглаживанием головки кефалогематома, наоборот, выступает отчетливо. Вначале она имеет тестовато-мягкую, а позднее нередко более кистозную консистенцию. В течение от 2-й до 3-й недели вдоль границ гематомы прощупывается ясный костный валик, который при очень медленном всасывании излившейся крови может разрастаться в виде тонкой костной оболочки над гематомой и издаст при ощупывании своеобразный пергаментный хруст. В таких случаях череп ребенка долгое время сохраняет несколько асимметрическую форму, тогда как при небольших кефалогематомах обыкновенно спустя 8—16 недель наступает полное *restitutio ad integrum*.

Meningocele легко отличается от кефалогематомы уже по своей локализации.

В очень редких случаях одновременно с наружной образуется и внутренняя кефалогематома. Но развитие таких эпидуральных кровоизлияний возможно только при наличии врожденных отверстий в костях или при образовании под влиянием родовой травмы одновременного перелома соответствующих костей черепа.

Частота кефалогематомы около 0,5%.

Предсказание при кровяной опухоли вообще хорошее; особого лечения при этом не требуется. Попытку уменьшения опухоли путем прокола следует считать ошибкой ввиду опасности последующего нагноения. Только в случае, где кожа над кефалогематомой экскорпирована, уместно во избежание инфекции наложение мягкой асептической ватной повязки; если несмотря на это развивается нагноение, следует произвести разрез. Неблагоприятнее случаи внутренней кефало-

гематомы, —здесь могут развиваться явления давления на мозг, почему иногда бывает уместна пункция, которая должна однако производиться при строгом соблюдении всех правил асептики.

3. Повреждения мышц

Повреждения мышц встречаются у новорожденных в общем редко и состоят большей частью в поверхностных разрывах мышечных волокон и фасций. Обусловленные ими функциональные расстройства являются следствием бездеятельности разорванных волокон и вначале вследствие всегда имеющейся при этом гематомы оказываются более значительными.

Практическое значение по существующим наблюдениям имеют только два вида изолированных повреждений мышц.

а) **Гематома жевательной мышцы** (*m. masseter*), образуемая иногда после трудных извлечений плода приемом Фейга-Смелли при вращении смотрящего в сторону подбородка кзади. Крайне редко встречающаяся при самопроизвольных родах гематома эта имеет почти всегда вид односторонней припухлости щеки эллипсоидной формы и плотной консистенции. Спустя несколько дней припухлость эта начинает обыкновенно уменьшаться. Вследствие ограничения областью впереди уха и выше свободного края нижней челюсти гематому жевательной мышцы всегда легко отличить от паротита.

б) **Повреждения грудино-ключичной мышцы** (*m. sterno-cleido-mastoideus*) имеют вид мягкой или более плотной большей частью односторонней припухлости, величиной от лесного ореха до сливы и легко распознаются по своей локализации и наклонению головки ребенка в здоровую сторону.

Двусторонние гематомы грудино-ключичной мышцы наблюдаются иногда после трудного освобождения ручек.

Предсказание при обоих видах гематом хорошее—обычно наступает выздоровление без особых расстройств. Сообразно с этим и лечение большей частью излишне. При более обширных гематомах рекомендуется влажная повязка, а при медленном рассасывании—легкий массаж, начиная с 3-й недели.

Постоянная *caput obstipum congenitum* может быть следствием очень обширного одностороннего разрыва грудино-ключичной мышцы, причем встречается очень редко. Большинство случаев врожденной кривошеи возникает вероятно в результате внутриматочных неправильностей развития при недостаточном количестве околоплодной жидкости (Фелькер); в других случаях может играть роль фиброзный миозит (Микулич). Новейшие исследования Зиппеля, подтвержденные рентгенограммами во время беременности, показывают, что взгляд Фелькера правилен. Второе предположение—Микулича—верно только для редких исключительных случаев. Другие объяснения носят гипотетический характер. Излечения в таких случаях можно ждать только от операции, которая однако должна быть производима лишь спустя несколько месяцев.

4. Повреждения костей

Среди повреждения костей наиболее важными по своей частоте являются:

а) **Вдавления черепа**, наблюдающиеся после родов при узком тазе, в виде большей частью ложкообразных или желобоватых углуб-



518. Вдавление черепа.



519. Перелом диафиза плеча.

лений (рис. 518). Вредные последствия для ребенка бывают при этом лишь в редких случаях, так как переломы костей и эпидуральные кровоизлияния большей частью при этом отсутствуют. Поверхностные вдавления обычно скоро выравниваются, и только при более глубоких развиваются иногда мозговые симптомы, которые могут потребовать оперативного вмешательства. Мы воздерживаемся от рассмотрения различных предложенных для этой цели способов, а лишь рекомендуем обратиться для производства этой операции к специалисту.

б) Переломы черепа встречаются в общем нередко, но не имеют большого значения; простые трещины черепного свода, наблюдающиеся как после самостоятельных, так и после оперативно законченных родов, не дают большей частью никаких симптомов: наоборот, переломы основания черепа, встречающиеся чрезвычайно редко, всегда ведут к смерти ребенка. После родов, оконченных щипцами, наблюдаются в отдельных случаях переломы лицевых костей в области глазницы и в ее окружности отчасти с *protrusio bulbi*; после извлечения последующей головки встречаются вывихи и переломы нижней челюсти.

В отношении нередко весьма своеобразных повреждений после стремительных родов и попыток к убийству ребенка нужно сослаться на учебники судебной медицины.

в) Повреждения плечевого пояса и конечностей. Наиболее частым из относящихся сюда повреждений является перелом ключицы (в 1,3% всех родов), который легко возникает не только в результате освобождения ручек при родах в тазовых предлежаниях, но и при вся-

ких родах в черепном предлежании, в том случае, когда заднее плечико преждевременно, т. е. прежде чем под лонной дугой полностью покажется переднее плечико, выступает над промежностью. Переломы ключицы у новорожденных, как не дающие никаких симптомов, большей частью просматриваются, если только на них не обращают специального внимания. Поэтому практическое значение их невелико. Распознавание их на основании наличия крепитации на месте перелома обыкновенно просто; особое лечение в каждом отдельном случае представляется нам излишним.

Вывихи и подвывихи в области плечевого пояса как изолированные повреждения встречаются крайне редко. Для их распознавания и лечения лучше



520. Перелом диафиза плеча (рентгенограмма).

всего прибегать к помощи опытных специалистов по детской ортопедии (рентгенограммы).

Относительно частым повреждением во время родов являются переломы диафиза плеча (рис. 519), возникающие почти исключительно в результате освобождения ручек при родах в тазовых предлежаниях, особенно при неправильной технике (рис. 575). В редких случаях, особенно при освобождении запрокинутой за затылок разогнутой ручки, дело доходит до отделения эпифизов головки плеча.

Тогда как переломы диафиза распознаются легко, диагноз отделения эпифизов представляет нередко большие трудности. Именно его легко можно смешать с вывихами, resp. подвывихами и параличами вследствие травмы при родах, причем последние могут комбинироваться

с отделением эпифизов. В сомнительных случаях никогда не следует забывать прибегать к рентгеноскопии (рис. 520 и 521).

Лечение всех этих повреждений просто. Мы рекомендуем крайне практичную шинную повязку по Спитци (рис. 522), которая не мешает пеленанию, прикладыванию ребенка к груди и другим необходимым манипуляциям и оказывает великолепное действие.

При отделении эпифизов мы рекомендуем после наложения повязки еще раз проконтролировать правильность положения отломков путем рентгеноскопии.

Переломы и вывихи в области предплечья встречаются по нашим наблюдениям настолько редко, что подробностей о них мы приводить не будем. То же относится и к аналогичным повреждениям голени и стопы, которые встречаются впрочем только при деформациях скелета. Лечение их требует специальной хирургической или ортопедической помощи. Консервативные способы обычно безрезультатны, почему их следует избегать.

Практически важными являются переломы диафиза бедра (рис. 523), наблюдающиеся при неосторожном извлечении при помощи ягодичных крючков или без них, при низведении запрокинутой ножки и очень редко при самостоятельных родах. Распознавание их не представляет никаких затруднений (крепитация и смещение костных отломков на месте перелома).



521. Частичное отделение эпифизов (рентгенограмма).

При тех же условиях могут происходить в общем очень редкие отделения эпифизов бедра, resp. вывихи в тазобедренном суставе. Эти повреждения диагностируются с трудом, и лечение их должно проводиться опытным ортопедом. Особое положение занимает «врожденный» вывих тазобедренного сустава, который может быть как односторонним, так и двусторонним. Этиологически в большинстве случаев дело идет вероятно о вынужденном положении вследствие ограничения пространства (олигогидрамния)

Для лечения переломов бедра лучше всего пользоваться вытягивающей повязкой. При незначительном смещении отломков для этого достаточно закинуть сломанную ножку за животик ребенка таким образом, чтобы стопа выпрямленной, максимально согнутой в тазобедренном суставе ножки помещалась над плечом здоровой стороны. Между ножкой и туловищем ребенка кладется толстый слой ваты, голень фиксируется бинтом к грудной клетке.

При сильном смещении отломков такого вытяжения бывает недостаточно. В таких случаях мы рекомендуем предложенную Спитци шинную повязку (рис. 522), детали которой ясны из рис. 524. Верхние, лежащие на груди концы железных полосок в $2\frac{1}{2}$ см ширины соединяются посредством шарнира.

5. Повреждения нервов

Повреждения нервов (родовые параличи) в $\frac{2}{3}$ случаев встречаются после оперативно законченных и в $\frac{1}{3}$ —после самостоятельных родов, причем повреждающим фактором является растяжение или сдавление нервов руками или инструментами оперирующего, реже—буграми или



522. Шинная повязка по Спитци для переломов плеча.

го вследствие сдавления ложкой щипцов ветви нерва, проходящей над нижней челюстью кнутри от *gl. parotis* (Россенбек); значительно реже паралич лицевого нерва наблюдается после самостоятельных родов при узком (плоском) тазе. Весьма редко дело идет о центральных параличах, обусловленных большей частью внутричерепными кровоизлияниями.

Д и а г н о з чрезвычайно прост: ротик ребенка при крике бывает оттянут в здоровую сторону (рис. 525); в тяжелых случаях на пораженной стороне имеется *lagophthalmus*.

П р е д с к а з а н и е обычно хорошее. Паралич исчезает большей частью уже спустя несколько дней; однако полное излечение нередко достигается лишь через несколько недель. Лечение (фарадизация) необходимо только в затянувшихся случаях, причем его надо начинать с третьей недели.

б) Родовые параличи верхних конечностей встречаются в общем очень редко. В отношении этиологии решающую роль здесь опять-таки играют тяга и давление оперирующей рукой при освобождении ручки и последующей головки на плечевое сплетение, реже давление ложки щипцов при отклонении головки. Особенно часто причиной таких параличей является грубая техника при применении приема Фейта-Смелли. Еще реже этиологическим моментом является одновременный перелом (см. выше). Чаще всего встречается так называемый верхний паралич сплетения (типа Дюшен-Эрба), при котором парализуются мышцы, снабжаемые 5-м и 6-м шейными корешками (дельтовидная, плечевая, двуглавая, *m. brachio-radialis*, *m. supinator antibrachii* и *m. infraspinatus*). Расстройства чувствительности при нем отсутствуют соответственно ограниченному указанными корешками повреждению.

К а р т и н а б о л е з н и характеризуется выпадением функций названных мышц; ручка при этом свисает при несколько опущенном кпереди плечике, слегка повернута кнутри и приведена к грудной клетке;

остями суженного таза и еще реже — сломанными или вывихнутыми концами костей. Относительно редко дело здесь идет о настоящих разрывах нервных волокон, чаще же причиной нарушения проводимости являются кровоизлияния. В застарелых, т. е. неизлеченных, случаях подобного рода была констатирована дегенерация (Оппенгеймер и Нонне). Наиболее частыми из относящихся сюда форм являются:

а) Паралич лицевого нерва, бывающий большей частью односторонним, редко двусторонним и развивающийся чаще все-

предплечье, наоборот, слегка согнуто и сильно пронировано, так что ладонь повернута кзади и даже кзади и кнаружи; нередко имеются легкое сгибание в лучезапястном суставе и в суставах пальцев (рис. 526). Однако последние явления нередко отсутствуют.

Значительно реже встречается так называемый нижний паралич сплетения (типа Клюмпке), зависящий от повреждений волокон срединного и локтевого нервов в стволах 7-го и 8-го шейных и 1-го спинного корешков. Соответственно этому здесь, правда в очень различной степени, не только парализуются мышцы предплечья кисти и пальцев, но всегда наблюдаются и расстройства чувствительности, а также, что очень характерно, наблюдаются ptosis верхнего века и myosis. Последние явления зависят от совместного поражения симпатических волокон и *ramus communicans* 1-го спинного корешка.

Встречаются и комбинации верхнего и нижнего паралича сплетения, причем в обоих случаях могут быть поражены также лишь части указанных мышечных групп.

Полные и двусторонние параличи сплетения, как и параличи нижних конечностей, относятся к большим редкостям.

Д и а г н о з при тщательном исследовании чувствительности и двигательной функции прост. Всегда необходимо иметь в виду осложнения отделением эпифизов или подвывихом.

П р е д с к а з а н и е вначале хотя и сомнительно, но вообще благоприятное.

Л е ч е н и е сначала должно быть чисто выжидательным. Только на 3-й неделе начинают пассивные движения и легкий массаж, а на 4-й — ежедневную продолжительностью в несколько минут фарадизацию парализованных мышц и нервов. В упорных случаях на 4-м и 5-м месяцах жизни можно испробовать нервный шов (Спитци и др.). В очень запущенных случаях дают успех пластические операции на мышцах и сухожилиях.

6. Повреждения внутренних органов

Разрывы печени, селезенки, почек, толстых кишок наблюдаются иногда после трудного или технически неправильно проведенного извлечения плода за тазовый конец тела (см. «Акушерские операции»). Еще чаще наблюдаются в последние годы кровоизлияния в надпочечники у умерших новорожденных (35%), причем им отчасти и приписывается смерть — в случаях значительных кровотечений правильно, а в остальных вероятно не основательно. При разрывах кишечника родовая травма является повидимому только предрасполагающим моментом, действующим



523. Перелом диафиза бедра (рентгенограмма).



524. Шинная повязка по Спитци для переломов бедра.

же фактором бывает повреждение кишечника вследствие застоя мекония. Все эти случаи едва ли представляют какой-либо интерес в терапевтическом отношении, так как дети от этих повреждений погибают. Легочные кровотечения являются большей частью следствием асфиксии, но могут возникать и в результате энергичных попыток к оживлению. То же относится и к экхимозам серозных оболочек.

7. Повреждения центральной нервной системы

Повреждения центральной нервной системы практически главным образом в отношении смертности играют наибольшую и важнейшую роль при всех родовых повреждениях новорожденных.

При этом необходимо различать кровоизлияния из мозговых синусов, возникающие преимущественно при конфигурации черепа, и кровоизлияния в вещество головного, resp. спинного, мозга и в желудочки.

Для первой формы кровоизлияний большое значение имеют препятствия со стороны костного таза, а для второй—затруднения со стороны мягких частей. Первые зависят главным образом от более или менее значительного смещения костей черепа друг друга, — безразлично, произойдет ли это в результате медленного моделирования черепа или вследствие внезапной конфигурации при акушерских операциях. В первом случае главную роль играет узкий таз, а во втором—всякое атипичное наложение щипцов и особенно извлечение за тазовой конец, resp. ручное пособие.

Вторая форма повреждений обязана своим происхождением преимущественно разнице давления в лежащих выше и ниже пояса соприкосновения частях черепа и его содержимого. Развитие их зависит от той же причины, что и образование родовой опухоли и кефалогематомы, и подобно действию кровососной банки, каковое действие расположенные ниже пояса соприкосновения и находящиеся только под давлением наружного воздуха части черепа и головного мозга оказывают на участки, расположенные выше этого пояса и находящиеся под значительным более высоким давлением.

Ф. Шварц, которому принадлежит главная заслуга в деле объяснения этих кровоизлияний, правильно называет их поэтому «кровоизлияниями от пониженого давления» или «от присасывания». Такое пониженное давление имеет место в общем только после разрыва плодного пузыря обычно в периоде изгнания и только во время схваток. При этом нельзя упускать из виду и образования круговой перетяжки со стороны мягких частей.

В отношении формы и величины внутричерепных кровоизлияний наряду с силой давления большую роль играет и индивидуальная чувствительность. Этим объясняется тот факт, что жертвами кровоизлияний из синусов в мозговые оболочки и в веществе мозга особенно часто становятся недоноски (Ильпе, Ф. Шварц).

Огромная частота и значение подобных кровоизлияний в веществе мозга надлежащим образом изучены только на основании исследований Ф. Шварца на слегка уплотненных препаратах мозга. Шварц у всех подвергнутых вскрытию новорожденных и грудных младенцев первых 5 месяцев жизни нашел в 65% микроскопические очаги кровоизлияний в веществе головного мозга и в 30% — мелкие и мельчайшие фокусы дегенерации, которые он считает остатками этих кровоизлияний. Правда, его толкование наличия в головном мозгу мельчайших скоплений клеток с жировыми зернышками оспаривается другими авторами (напр. Вольвицем). До сих пор еще не решен также вопрос, насколько часто такие кровоизлияния являются непосредственной или косвенной причиной смерти и как часто они имеют значение лишь сопутствующего явления. Сам Шварц придерживается того мнения, что эти кровоизлияния вообще представляют наиболее важную причину смерти у новорожденных, и поэтому считает даже необходимой «реорганизацию индивидуального акушерства». Мы вместе с большинством акушеров полагаем, что практического значения травмы черепа при родах не надо переоценивать и что резкого изменения в установке показаний к акушерским операциям, которое можно было бы назвать реорганизацией индивидуального акушерства, нельзя отстаивать, так как при этом была бы слишком велика опасность для матери и при распространении акушерских операций детская смертность скорее увеличилась бы, чем уменьшилась. На основании собственных более ранних исследований мы полагаем, что мелкие очаги кровоизлияний, расположенные не в жизненно важных центрах, в преобладающем большинстве случаев излечиваются без серьезных последствий. Во всяком случае только недоношенные дети бывают особенно предрасположены к обширным травматическим разрушениям мозгового вещества и кровоизлияниям из синусов, тогда как зрелые новорожденные только в $\frac{1}{4}$ % являются жертвой таких повреждений.

Совершенно такие же изменения констатируются и в органах чувств.



525. Правосторонний парез лицевого нерва с незначительным лагофталмом на парализованной стороне.



526. Родовой паралич типа Дюшен-Эрба.

длительные расстройства со стороны полукружных каналов. И эти расстройства встречаются особенно часто у недоносков.

Симптоматология травматических повреждений центральной нервной системы изменчива и в общем мало характерна. До известной степени определенные симптомы дают кровотечения из синусов и значительные кровоизлияния на поверхности мозга. Лучше всего различать:

а) кровотечения из *sinus sagittalis* (супратенториальные кровотечения или кровоизлияния на выпуклой поверхности мозга), ведущие к напряжению большого родничка, бледности кожи, беспокойству, вскрикиваниям ребенка, а при значительном распространении по поверхности мозга — к парезам мозговых нервов; кровотечения эти встречаются почти в 10 раз чаще, чем

б) кровотечения из *sinus transversus* (инфратенториальные кровотечения или кровоизлияния на основании мозга), которые, будучи следствием разрывов *tentorium'a* (Бенеке), распространяются в области мозжечка и продолговатого мозга и ведут соответственно этому к расстройствам дыхания, сведениям затылка, двусторонним клоническим судорогам, кровавистой окраске спинномозговой жидкости и иногда к очаговым симптомам, особенно в области *n. oculomotorius*. Такие дети нередко поражают своим своеобразным спокойствием.

Общей для обеих форм внутрочерепных кровоизлияний является склонность к низким температурам (до 30°) и к повышенной рефлекторной возбудимости, ведущей к приступам судорог (см. ниже), а позднее нередко к явлениям давления на мозг.

Внутри мозговые кровоизлияния протекают при соответствующем распространении к локализации с судорогами или параличами, но в общем такие случаи встречаются редко. Более мелкие фокусы кровоизлияний обычно не дают никаких симптомов, если только они не рас-

Уже давно известны и нередко видны бывают простым глазом кровоизлияния в конъюнктиву; наряду с этим нередко находят и кровоизлияния в сетчатку (Кенигштейн, Зихелер и др.), в общем не влекущие за собой длительных расстройств, а также параличи глазных мышц, которые не зависят от непосредственной травмы при акушерских операциях и могут иметь причиной вышеупомянутые повреждения центральной нервной системы.

Давно известны также родовые травмы органа слуха, главным образом среднего уха (Гомперц). Фосс наблюдал как следствие застоя и застойных кровоизлияний явления раздражения со стороны лабиринта, напр. нистагм и расстройства экспериментальной возбудимости. С рассасыванием кровоизлияний эти явления подвергаются обратному развитию, но иногда наблюдаются и

полагаются в области важных центров (ядро черешного нерва, центр дыхания и т. д.), — в последнем случае наблюдаются паралич и состояние раздражения в области распространения соответствующего нерва и склонность к приступам асфиксии, тогда как в остальном симптомы обыкновенно незаметны, так как дети быстро поправляются. Однако в виде предположения мы могли бы высказать мнение, что может быть некоторая слабость и вялость сосания у них стоят в причинной связи с такими мелкими кровоизлияниями. Еще вероятнее, что дело здесь идет о болезни грудей. Однако наверняка высказаться по этому поводу нельзя, так как среди нашего материала такие дети не погибали, и, наоборот, у детей, погибших от травмы черепа, вообще не наблюдалось сколько-нибудь регулярно ясных расстройств сосания.

Д и а г н о з ставится предположительно на основании указанных симптомов и может быть установлен за исключением случаев супратенториальных кровоизлияний на основании кровянистой окраски спинномозговой жидкости (Зейтц). Большей частью подозрительно уже своеобразное состояние ребенка непосредственно после родов — он рождается в асфиксии, оживает под влиянием раздражения кожи, но вскоре снова впадает в сонливость и oligорное. При очень медленном кровоизлиянии мозговые симптомы иногда развиваются лишь на третий, а смертельный исход наступает лишь на шестой день после родов.

В общем можно сказать: если ребенок вскоре после родов или после удаления аспирированной слизи тотчас же начинает сильно кричать или в течение ближайших 6—12 часов не обнаруживает склонности к асфиксии, судорогам, фибриллярным подергиваниям и к понижению температуры, то травма черепа с большой вероятностью может быть исключена.

П р е д с к а з а н и е всегда сомнительно. Если на 3—4-й день наступает улучшение, — выздоровление вероятно; в противном случае следует иметь в виду быстрый летальный исход.

Л е ч е н и е должно состоять в возможном покое, назначении клизм с хлоралгидратом (0,2—0,5) для устранения повышенной возбудимости и судорог и вместе с тем для профилактики последовательных кровотечений; наряду с этим следует позаботиться о согревании новорожденного (на голову ему, напротив, надо положить охлаждающий аппарат) и достаточном питании, иногда посредством желудочного зонда. При усилении симптомов давления на мозг следует испробовать спинномозговой прокол или пункцию большого родничка и остеопластическое обнажение мозга (Хеншен), при определенной локализации кровоизлияния и симптомах давления на мозг иногда показуется трепанация с удалением кровяных сгустков.

II. OPHTALMOBLENNORRHOEA NEONATORUM GONORRHOICA

Ввиду часто неправильного выполнения профилактики по Креде, реже из-за отсутствия ее, у 1—2%¹ всех живых новорожденных даже в настоящее время наблюдается тяжелый гоноройный конъюнктивит.

С и м п т о м ы этого весьма опасного для зрения заболевания состоят в припухлости, покраснении, отечности век и соединительной обо-

¹ Столь большую частоту гоноройных конъюнктивитов нельзя на основании наших наблюдений не признать преувеличенной. — И. Ф.

лочки их и в значительном выделении гноя из конъюнктивального мешка. Обычно все эти явления развиваются в полной мере только на 3-й день. Спустя следующие 2—3 дня заболевание достигает наивысшего развития, глазная щель склеивается, и при сокращении мышц век из нее выделяется гной; при открывании век обнаруживается яркочерная, припухшая и отечная конъюнктура глазного яблока и век, нередко покрытая налетом. В дальнейшем течении поражается роговица, заболевание которой в благоприятных случаях излечивается с образованием не пропускающих света рубцов; в других случаях дело может дойти до перфорации и панопталмии.

Д и а г н о з хотя и легко поставить на основании клинической картины, тем не менее всегда должен быть подтвержден исследованием мазков из гноя на гонококки, так как у новорожденных довольно часто встречаются и негоноройные конъюнктивиты.

П р е д с к а з а н и е сомнительно и всецело зависит от правильного и своевременного лечения.

Л е ч е н и е имеет своей основной задачей предупредить поражение роговицы и все указанные выше тяжелые осложнения. Случаи, где уже поражена и роговица, всегда должны передаваться для лечения главному врачу. Лечение более легких случаев с успехом может быть предоставлено практическому врачу, если обеспечено тщательное проведение следующих мероприятий: 1) получасовое промывание конъюнктивального мешка 3% раствором борной кислоты или 1% раствором марганцовокислого калия; 2) ежедневное впускание в хорошо открытый посредством векодержателя конъюнктивальный мешок капель из 1—2% Arg. nitric. в комбинации с прижиганием конъюнктивы век и свода; 3) повторяемое несколько раз в день впускание в мешок 5% бленоленицетовой мази; 4) предохранение здорового глаза закрывающей повязкой, профилактическое впускание в него капель из 5% раствора софолла и укладывание ребенка на больную сторону. При этом важно кормление грудью.

III. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПУПКА

Врожденные аномалии пупка

Прежде всего мы вкратце перечислим некоторые врожденные аномалии пупка.

1. Об амниотическом пупке говорят в том случае, когда амнион вместо того, чтобы переходить в нормальную кожу у основания пупочного канатика, продолжается еще на несколько сантиметров на брюшную стенку. Соответственно этому с мумификацией пуповины образуется дефект кожи брюшной стенки, который заживает в течение лишь нескольких недель.

2. Кожный пупок образуется, наоборот, в тех случаях, когда кожа живота нормально далеко заходит на пупочный канатик, благодаря чему по отпадении остатков пуповины остается выдающаяся на 1½—2 см кожная культя. В более легких случаях дело идет только о недостаточном втягивании нормальной кожной пупочной воронки, которая после отпадения остатков пуповины исчезает благодаря образованию верхней и нижней пупочных складок. Обе аномалии не имеют никакого практического значения. Более важна:

3. Грыжа пупочного канатика (*hernia funiculi umbilicalis*), возникающая вследствие недостаточного образования эмбриональной стенки живота и представляющая дальнейшее существование эвентрации, имеющейся у зародыша нормально до 2-го месяца эмбриональной жизни. Грыжевой мешок состоит из брюшины, амниона и тонкого слоя вартоновой студени; содержимое грыжи в зависимости от объема ее бывает различно, чаще всего здесь находят салыник, подвздошную и слепую кишку. а в больших грыжах (рис. 527) также и печень, значительные отрезки толстых кишок и даже селезенку.



527. Большая грыжа пупочного канатика, содержащая печень и кишечник (по Шлоссману).

Большие грыжи пупочного канатика представляют большей частью несовместимые с жизнью уродства. При небольших грыжах, величиной с яйцо или кулак, пупочное кольцо ненормально широко, прямые мышцы широко расходятся. Грыжа пупочного канатика имеет очень серьезное значение, так как с мумификацией остатков пупочного канатика, распространяющейся на амниотическую часть грыжевого мешка, всегда развивается смертельный перитонит.

Лечение состоит в возможно ранней операции, производимой лучше всего в течение первых 6—12 часов специалистом-хирургом. В некоторых случаях удается наложением спиртовой повязки предупредить инфекцию и добиться эпителиализации грыжевого мешка (Альфелд).

4. Редкой аномалией развития является сохранение ductus omphalo-mesentericus, т. е. незакрытие проходящего в пупочном канатике желточного протока. Следствием сохранившегося сообщения между подвздошной кишкой и пупком (дивертикул Меккеля) является незаживление пупочной раны по отпадении остатков пуповины с выделением мутной жидкости—кишечного содержимого или при закрытии дивертикула со стороны кишки—кишечного сока.

Лечение состоит в удалении дивертикула путем лапаротомии. Если состояние питания ребенка хорошее, то с производством операции можно выждать 1—2 года, так как может наступить самостоятельное излечение вследствие облитерации дивертикула.

5. Свищи urachus'a. Если urachus вместо облитерации и превращения в пупочно-пупочную связку остается открытым, может случиться, что подобно выделению кишечного содержимого при сохранении пупочно-мезентериального хода по отпадении остатков пуповины из дна пупочной раны будет временами выделяться моча. Обычно в таких случаях находят также и препятствие для нормального мочеиспускания через уретру.

Диагноз подтверждается обнаружением мочевой кислоты в отделяющейся жидкости.

Лечение состоит в прижигании, каутеризации отверстия свища, а в крайнем случае—в экстирпации urachus'a.

Расстройства заживления пупочной раны

Значительно важнее, чем указанные редкие аномалии развития, расстройства заживления пупочной раны под влиянием инфекции. Более легких заболеваний этого характера не всегда удается избежать даже при хорошем уходе, более же тяжелые инфекции едва ли наблюдаются в хорошо поставленных учреждениях. Мы различаем в зависимости от частоты и тяжести заболевания:



528. Fungus umbilici.



529. Небольшая язва пупка (по Финкельштейну и Мейеру).

1. **Влажную гангрену пуповинного остатка (sphacelus)**, развивающуюся на месте сухой мумификации, если уход за пуповинным остатком ведется нецелесообразно, что препятствует высыханию остатка, а может быть еще недостаточно соблюдается при этом и чистота.

Распознать это заболевание легко по грязному виду влажного, дурно пахнущего остатка пупочного канатика. Профилактика состоит в тщательном уходе за этим остатком, по возможности укороченным. Лечение заключается в удалении омертвевшей части термокаутером и в высушивающем, антисептическом лечении остатка.

Но и после отпадения пуповинного остатка возможны разнообразные расстройства заживления пупочной раны, носящие обычно более серьезный характер, чем sphacelus.

2. Если благодаря вялым грануляциям эпителиализация остающейся на дне пупка после отпадения пуповинного остатка небольшой раневой поверхности задерживается, что при богатых вартоновой студенью культиях пуповины возможно даже и при хорошем уходе, то ввиду наблюдающегося при этом отделения раневого секрета говорят о «мокнущем пупке». При этом играют роль возбудители инфекции, правда большей частью безобидного характера. Если в виде исключения вирулентность всегда находящихся при этом бактерий (стафилококки и стрептококки) окажется значительной, то отделение принимает более гнойный характер, причем складки пупка представляются слегка покрасневшими. В этом случае говорят о бленорее или пиорее пупка. Оба процесса вначале безобидны и при своевременном лечении (прижигание ляписом для уменьшения развития грануляций и уничтожения поверхностных бактерий) остаются локализованными.

3. При небрежном отношении в зависимости от вида и вирулентности возбудителя может развиваться **гранулома пупка (fungus umbilici)**, представляющая грибовидное или пугочатое разрастание, по величине редко превышающее горошину, с красноватой, местами покрытой налетами поверхностью. Небольшие разрастания этого характера нередко становятся видными только после раздвигания пупочных складок (рис. 528). Лечение состоит в прижигании грануломы палочкой ляписа; более значительные грануломы перевязывают стерильным шелком. При

наличии в пупочной ране вирулентных гноеродных возбудителей гранулома развивается первично или присоединяясь к блenorее.

4. Язва пупка (*ulcus umbilici*) то более круглой, то более неправильной, иногда серповидной формы (рис. 529) с острыми инфильтрированными краями; язва иногда (ср. п. 6) все более и более увеличивается.

5. С язвой всегда комбинируется омфалит (флегмона пупка), т. е. флегмонозное воспаление непосредственной окружности пупка, которое распознается на основании красноты, напряженности и глянцевитости окружающей пупок кожи, всегда прогрессирует с увеличением язвы.

6. В конце концов омфалит может повести к гангрене пупка—обширному гангренозному распаду брюшной стенки в окружности пупка. К счастью подобные процессы в клинике больше не встречаются, но в практике нечистоплотных акушерок они иногда еще наблюдаются.

Диагноз этих трех процессов ставится на основании указанных признаков их. При гангрене кроме того всегда наблюдаются тяжелое общее состояние, лихорадка и коллапс. Дети большей частью погибают от общего сепсиса или перитонита, если только не удастся ограничить гангренозный очаг путем обширного разрушения ткани термокаутером в пределах здоровых тканей, на что можно надеяться только в очень редких случаях и у очень крепких грудных детей. Следовательно предсказание здесь очень плохое (85% смертности), тогда как при язве пупка и омфалите лечение (прижигание ляписом, влажные компрессы из перекиси водорода и уксуснокислого глинозема, вскрытие по зонду развивающихся иногда абсцессов) ведет к остановке процесса с последующим излечением.

7. Другим опасным процессом является распространение инфекции по ходу пупочных сосудов. При этом очень часто дело идет о внедрении инфекции в лимфатические щели периваскулярной ткани (пупочный периаартериит), реже о пупочном тромбоартериите и тромбофлебите. Оба процесса кроме лихорадки часто не дают никаких симптомов. В высшей степени характерно, что ощупывание подпупочной области при



530. Пупочный артериит и периаартериит. Стенка артерии и периаартериальная соединительная ткань вплоть до мочевого пузыря студенисто-гноино инфильтрированы; начинающийся перитонит (по Финкельштейну и Мейеру).

них сопровождается у детей ясной болезненностью; реже при энергичном поглаживании кожи живота по направлению от симфиза к пупку удается выдавить небольшое количество гнойного секрета.

Предсказание при обоих указанных процессах плохое. Из периаартериита неизбежно развивается смертельный перитонит, реже — перитонеальная флегмона, из тромбоартериита и тромбофлебита — шемия или общая септицемия. Лечение большей частью совершенно бесполезно, чего и следует ожидать, имея в виду значение пораженных сосудов (рис. 530).

8. О кровотечениях из пупка см. дальше.

IV. ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1. Асфиксия

Асфиксия — отсутствие дыхания у ребенка при нарушении газообмена — представляет наиболее важное в практическом отношении расстройство дыхательного аппарата у новорожденных и одновременно симптом, встречающийся при различных других заболеваниях.

Ради полноты здесь же следует упомянуть об:

а) Асфиксии утробного плода, развивающейся вследствие сдавления пуповины (узлы, обвитие, предлежание, выпадение), преждевременного отделения нормально или неправильно прикрепленной плаценты, при чрезмерной длительности периода изгнания вследствие увеличивающегося сокращения мышечных волокон в месте прикрепления плаценты, при повышении внутричерепного давления, застое в головном мозгу, при лицевых предлежаниях, внутричерепных кровоизлияниях и т. п.

Эти внутриматочные асфиксии распознаются по замедлению сердечных сокращений плода ниже 100, сохраняющемуся и в паузах между схватками, причем одновременно часто наблюдается и неправильность ритма сердцебиения. Непосредственно перед смертью замедление это иногда переходит в ненормальное учащение (160—180 ударов в минуту), причем тоны сердца становятся обыкновенно очень слабыми. Отхождение мекония даже при черепных положениях представляет ненадежный симптом, но все же может потребовать особенно точного и частого контроля сердечных тонов.

Непосредственным последствием асфиксии, перенасыщения углекислотой дыхательного центра, являются преждевременные дыхательные движения, ведущие к аспирации слизи, крови, околоплодной жидкости и мекония. Если эта аспирация происходит во влагалище, содержащем микроорганизмы, то часто возвращенный к жизни ребенок погибает от пневмонии в течение первых недель жизни.

Лечение внутриматочной асфиксии состоит в каждом отдельном случае в освобождении ребенка из опасного для него положения путем ускоренного родоразрешения, причем необходимо иметь в виду, что неправильная техника форсированных попыток к родоразрешению ведет к вредным последствиям для матери.

б) Асфиксия после родов чаще всего является продолжением внутриматочной асфиксии. Если при этом дело идет только о закупорке верхних дыхательных путей аспирированными массами, то дети имеют резко цианотичный вид, но кожные рефлексы и тонус мускулатуры тела у них сохранены (asphyxia livida). Если же асфиксия существует уже долгое время, то вследствие интоксикации углекислотой, кровоизлияний и повышенного внутричерепного давления возбудимость дыхательного центра резко нарушается, сокращения сердца становятся слабыми и неправильными, периферическое кровообращение делается уже настолько недостаточным, что ребенок выглядит бледным (asphyxia pallida), одновременно рефлексы у него угасают, мышечный тонус отсутствует.

Предсказание в первом случае большей частью хорошее, в последнем же—весьма сомнительное.

Лечение имеет целью прежде всего удаление масс, закупоривающих дыхательные пути. Для этого нередко достаточно легкого встряхивания захваченного за ножки ребенка. Если этим приемом не достигают цели, берут трахеальный катетер, причем при введении его основание языка необходимо оттеснить пальцем кпереди, чтобы сделать доступным вход в гортань; затем под легким давлением кпереди вводят в трахею стерильный катетер. Если пренебречь этой предосторожностью, катетер попадает в пищевод и понятно не достигает своей цели. При отсасывании аспирированных масс ребенок обычно вскоре же производит дыхательные движения, которые постепенно становятся сильнее, и, если дыхательные пути совершенно свободны, вскоре ребенок издает первый крик. Этот спокойный способ оживления детей, находящихся в синей асфиксии, является правильным и ведет к цели. Всякие шлепки, качания ребенка и другие беспорядочные способы излишни и остаются безрезультатными несмотря на то, что в этом отношении нередко принимаются невероятные вещи.

При бледной асфиксии описанный способ не ведет к цели—здесь после освобождения дыхательных путей уместны раздражения кожи, для чего достаточно легких похлопываний ребенка, холодных поливаний затылка и погружения груди в горячую ванну, а также растираний кожи. Если это не дает результата и выступает угрожающая сердечная слабость, то впрыскивают в сердце ребенку $1/2$ см³ адреналина (обыкновенным шприцем и иглой в 3-й межреберный промежуток на 1 поперечный палец слева от края грудины, вводя иглу перпендикулярно), а затем стараются при помощи искусственного дыхания удалить скопившуюся углекислоту и ввести кислород. Для этого предложено много способов. Мы рекомендуем прежде всего следующие:

1. Искусственное дыхание по общеизвестному способу Сильвестра. При этом ребенок укладывается на жесткую подушку таким образом, чтобы головка его свисала за край последней; ручки ребенка приподнимают над головой до полного разгибания, затем снова опускают и, согнув в локтевых суставах, сильно приводят; одновременно руки врача слегка сдавливают грудную клетку.

2. Способ Огата. Укладывают ребенка спинкой на растопыренную руку таким образом, чтобы с одной стороны свешивалась головка, а с другой—живот и ножки. При этом позвоночник разгибается, грудь выпячивается и происходит вдох. Затем прижатыми друг к другу верхушками пальцев другой руки коротко и легко ударяют по передней грудной стенке ребенка 15—20 раз в минуту с равномерными промежутками. Эти удары не только раздражают кожу, но одновременно и вытесняют воздух из дыхательных путей (эспирация), тогда как при поднимании пальцев грудная клетка, следуя своей эластичности, вновь принимает положение вдоха, и воздух вступает в дыхательные пути.

3. Качания по Шулце, правильное выполнение которых значительно труднее. По-моему на практике они производятся слишком сильно и благодаря этому нередко приносят больше вреда, чем пользы. Так как к тому же дело здесь идет большей частью о новорожденных с повреждениями черепа, то весьма целесообразно совершенно исключить эти качания из терапевтического арсенала.

4. Способ Верта. Одна рука охватывает головку, другая захватывает ножки и сгибает их и туловище таким образом, чтобы коленные суставы ребенка касались рта и вытирали слизь, удаляемую при таком сдавливании грудной клетки (рис. 531).



531. Оживление новорожденного по способу Верта.

Припадки асфиксии могут наблюдаться у новорожденных и в дальнейшем от самых разнообразных причин. Чаще всего они встречаются у ослабленных недоносков, обычно в сочетании с цианозом как следствие недостаточной возбудимости центров, затем при ателектазах, внутричерепных, гесп. внутримозговых, кровоизлияниях при врожденном зобе и в редких случаях—при пороках развития сердца.

Лечение состоит в применении раздражения кожи, ванн из горчичной муки, вдуваний кислорода и в постоянном и тщательном наблюдении за ребенком¹.

Способы вдувания кислорода, предложенные Энгельманом и Хердером, требуют особой аппаратуры и поэтому неприменимы практическими врачами.

2. Ринит

Ринит относится к довольно частым заболеваниям новорожденных. Это зависит, во-первых, от того, что при физиологической узкости верхних дыхательных путей и особенно носовых ходов у новорожденных достаточно уже незначительного припухания слизистой оболочки или секреции ее, чтобы затруднить дыхание через нос; с другой стороны, при прохождении плода, через влагалище и тесном соприкосновении ребенка с матерью, (а в домашней обстановке и со всеми окружающими, которые нередко целуют ребенка) возможности для инфекции весьма многочисленны. К счастью дело идет здесь преимущественно

¹ Распространение находят также в акушерской практике вдыхания угольной кислоты.—И. Ф.

о безобидных микроорганизмах, но во время эпидемий гриппа, дифтерии и т. п. часто встречаются и осложнения.

Симптомы насморка общеизвестны: припухлость и гиперсекреция. В отношении первой следует указать, что легкое затруднение инспирации в первые дни жизни у недоносков, у детей, рожденных первороженницами при сильных затруднениях со стороны мягких частей, у детей, родившихся в лицевом предлежании, и у некоторых других детей может еще считаться физиологическим, поскольку отсутствуют признаки гиперсекреции. Нередко последствиями ринита бывают приступы диспноэ, завывающие, с одной стороны, от распространения припухлости кзади, а с другой—от расстройства координации мышц глотки и неба, особенно в связи с актом сосания. Всякий насморк безусловно может служить источником заболевания более глубоких дыхательных путей придаточных полостей носа, ведя иногда в последнем случае к общему сепсису.

Сильное затруднение носового дыхания может быть иногда следствием врожденного закрытия задних носовых отверстий (атрезия хоан); во время питья или в связи с ним это может вести к приступам асфиксии.

За исключением этих случаев, в которых ввиду отсутствия гиперсекреции к правильному диагнозу приводит задняя риноскопия, распознавание насморка не представляет никаких затруднений. Но важно установить этиологию, так как от нее в значительной степени зависит и предсказание.

В этом отношении нужно иметь в виду следующее: врожденные риниты бывают почти исключительно сифилитического характера, выражаясь в гипертрофическом воспалении слизистой оболочки носа. В более легких случаях должно возбудить подозрение отсутствие особой секреции. При этом не следует забывать и о вышеупомянутом закрытии хоан. В более тяжелых случаях к припухлости присоединяется слизисто-гнойное и даже кровянистое выделение. Следует особенно иметь в виду проявление сифилиса в других частях тела и результат реакции Вассермана.

В остальных случаях насморк начинается большей частью на 3—4-й день жизни ребенка, а при более поздней инфекции—в любой из последующих дней. Наиболее частыми возбудителями таких насморков являются обычные гноеродные микроорганизмы, реже пневмококки, бациллы инфлюэнцы, гонококки и т. д. Очень часто находят также при этом дифтерийные и ложнодифтерийные бациллы—факт, получивший известность только в последние годы.

Тщательные систематические исследования, проводимые в моей клинике в течение почти двух лет, дали поразительный результат, показав, что у $\frac{1}{3}$ всех новорожденных в носу имеются бациллы дифтерии, причем в $\frac{2}{3}$ этих случаев клинически не обнаруживалось никаких симптомов насморка. С другой стороны, новорожденные, страдающие насморком или имеющие небольшое выделение из носа, при исследовании на дифтерийные бациллы в 40% дали отрицательный результат. Настоящую дифтерию носа, т. е. наличие бацилл с образованием пленок (которые часто имеются только в задней части носовых ходов) и с серовно-кровянистым, иногда только односторонним, выделением мы находили лишь в 1% наших новорожденных. При этом замечательно, что это часто имело место во время эпидемий дифтерии, почему опасность заноса бацилл была безусловно велика. Нередко (в среднем в 10% всех исследованных случаев) мы могли констатировать дифтерийных бацилл во влагалище матери, так что дело шло вероятно о переносе их во время родов. Кроме того испытания токсичности в Гигиеническом институте показали, что дело здесь шло почти исключительно о неvirulentных бациллах матери. Смертных случаев, безусловно

зависевших от дифтерии носа, не было. Наряду с этим следует указать, что у некоторых из этих детей дифтерийные бактерии были найдены на конъюнктивах и на пупке, хотя несомненной дифтерии пупка или глаз у них и не наблюдалось.

Следовательно дело при этом шло только о бациллоносителях, а не о настоящей дифтерии носа. Особого лечения в подобных случаях не требуется. Только при клинических симптомах дифтерии (образование пленок, кровянисто-серозное отделение, повышение температуры) рекомендуется вдрыскивание в ягодицы 1 500 антитоксических единиц. Во избежание инфекции на время носительства детьми дифтерийных бактерий (большей частью лишь 8—14 дней) достаточно изолировать их от более старших братьев и сестер.

Лечение обыкновенного насморка зависит от количества выделений и механического затруднения дыхания. Если эти симптомы выражены не особенно сильно, особого лечения не требуется. Если же ребенок постоянно дышит ртом, причем дыхание во время акта сосания является сильно затрудненным, то отсасывают секрет мягким трахеальным катетером и с целью дезинфекции и механической очистки впускают в нос несколько капель 3% раствора перекиси водорода; при очень сильном закладывании носа можно каждые 3—4 часа, лучше всего перед прикладыванием к груди, вкладывать на несколько минут небольшой, смоченный в растворе адреналина (1:1 000) ватный шарик, что облегчает дыхание.

Переход насморка на верхнечелюстные пазухи встречается у новорожденных чрезвычайно редко. Наоборот, относительно часто наблюдается у них распространение процесса на барабанную полость, чему благоприятствуют ширина и короткость евстахиевой трубы. Особенно предрасполагают к этой инфекции преждевременные внутриматочные дыхательные движения и рвота. Но симптомы отита настолько нехарактерны, что положение вещей выясняется большей частью лишь после прободения барабанной перепонки благодаря появляющейся при этом течи из уха. Лихорадка в большинстве случаев отсутствует.

Предсказание местного отита у крепких кормящихся грудью детей хорошее; у слабых же детей и особенно у недоносков к отиту могут присоединиться менингит, тромбоз синусов, обшая пиемия и сепсис.

Что касается лечения, то после перфорации барабанной перепонки рекомендуется впускание капель из H_2O_2 два раза в день.

3. Удушье

Удушье (*stridor*) является иногда лишь симптомом, который однако при некоторых врожденных, реже приобретенных аномалиях настолько выступает на первый план, что служит для определения самого заболевания. За исключением очень редких случаев врожденных опухолей или аномалий развития верхних дыхательных путей, либо соседних с ним органов дело идет здесь преимущественно о двух различных формах:

а) *Stridor laryngis inspiratorius congenitus* характеризуется появляющимся вскоре после родов и во всяком случае в течение первой недели после них инспираторным шумом различной интенсивности, который во время сна становится обычно менее выраженным или совершенно исчезает. Диспноэ, цианоз и расстройства общего состояния обыкновенно отсутствуют, и со 2—3-й недели наступает большей частью улучшение, а еще через несколько недель или месяцев удушье совершенно исчезает. Вообще оно является доброкачественным и не требует никакого лечения—надо лишь тщательно оберегать таких детей от сопровождаю-

щихся припуханием слизистой оболочки заболеваний дыхательных органов, так как удушье именно и зависит от узости гортани.

б) Под *stridor thymicus* известна вторая, более редкая, но и более опасная форма, отличающаяся от первой тем, что хрипящий оттенок дыхания появляется только к концу вдоха, за которым следует слышимый на расстоянии выдох, иногда с ясным стридоровым характером. Происхождение этой формы еще оспаривается, но ясно установлено, что в случаях, сопровождающихся затрудненным выдохом и диспное, при вскрытиях трупов детей, погибших при явлениях удушья, находили не одно только сдавление трахеи увеличенной зубной железой; с другой стороны, имеется ряд случаев, где в результате частичной резекции этой железы или экзексии ее после резекции рукоятки грудины было достигнуто излечение. В более легких случаях, улучшающихся через несколько дней, дело идет повидимому о распространяющейся на зубную железу родовой опухоли (случаи разогнутых положений). Этиологическими моментами являются также кисты основания языка и папиломы гортани. В указанных тяжелых случаях операция должна производиться конечно только опытными хирургами и по возможности после того, как путем рентгенографии будет установлена гиперплазия зубной железы. Впрочем толкование таких рентгенограмм у новорожденных очень затруднительно и во всяком случае требует очень большого специального опыта. В новейшее время отличные результаты в таких случаях получены от рентгенотерапии (60% кожной дозы). Сообщено уже свыше 30 случаев с одной смертью, почему этот способ лечения должен быть выдвинут на первый план.

4. Ателектаз легких

Согласно данным физиологии полное расправление легких происходит у новорожденных только в течение первой недели после родов. Если оно почему-либо замедляется и значительные участки легких продолжают находиться в состоянии ателектаза, то безусловно страдает газообмен и ребенок долгое время остается в асфиксии, или наблюдаются тяжелые приступы цианоза и асфиксии, от которых он в конце концов и погибает.

Предсказание наряду с распространением ателектаза в значительной степени зависит еще и от того, удалось ли предотвратить внедрение возбудителей инфекции в ателектатические участки легких или нет.

В отношении лечения хорошо все то, что заставляет ребенка производить глубокие вдохи или кричать, способствуя этим расправлению легких. Для этой цели рекомендуются раздражения кожи самого разнообразного характера, особенно холодные обливания в горячей ванне, горчичные ванны (действующие на легкие благодаря расширению кожных сосудов), частые кормления ребенка и тщательное наблюдение за ним во время питья и сна. Особенное значение следует придавать достаточному его питанию.

5. Пневмонии и бронхиты

Наряду с очень редкими случаями врожденной внутриматочной пневмонии, развивающейся гематогенным путем, у новорожденных почти исключительно встречаются пневмонические очаги, возникающие со стороны бронхов. Возбудителями инфекции являются здесь микробы, попадающие в бронхи с аспирированными массами во время периода изгнания и поселяющиеся особенно в ателектатических участках легких, или дело идет о развивающихся позднее аспирационных пневмониях, встречающихся особенно у недоносков или ослабленных детей.

Нередко в этом повинны неправильно проводимые попытки кормления. Именно никогда не следует кормить прямо с ложки детей, слишком слабых для сосания груди или рожка; необходимо предварительно осторожно убедиться, хорошо ли выражен у них глотательный рефлекс. Если этого нет, то часть молока попадает в дыхательные пути и создает здесь почву для инфекции, хотя для этого уже достаточно микроорганизмов, попадающих из полости рта. Следовательно таких детей необходимо питать через желудочный зонд и давать им лишь небольшие количества пищи, так как иначе при «срыгивании» вытолкнутое содержимое желудка может быть затем аспирировано легкими.

Аэрогенные инфекции встречаются у новорожденных реже и притом преимущественно во время гриппозных эпидемий. Мы потеряли в прошлом году двух детей, у которых при вскрытии были обнаружены вызванные стрептококками гнойный бронхит, бронхиолит и многочисленные бронхопневмонические очаги.

Д и а г н о з пневмоний у новорожденных труден, так как притупление, хрипы и повышение температуры здесь нередко совершенно отсутствуют, хотя дело и может идти о довольно обширных очагах. Учащенное дыхание, раздувание крыльев носа и приступы цианоза должны возбуждать подозрение. Выслушивать ребенка лучше всего во время крика и производимого им при этом глубокого вдоха.

Л е ч е н и е такое же, как при ателектазах. При увеличивающемся цианозе и учащении сердцебиений назначают камфору по $\frac{1}{2}$ см³ несколько раз в день.

Дополнительно необходимо здесь же вкратце упомянуть еще и о некоторых расстройствах, исходящих со стороны щитовидной железы. Я назову здесь позадигрудинную щитовидную железу (*gl. thyreoidea retrosternalis*), которая может вести к приступам удушья, напоминающим *stridor thymicus*, врожденную микседему при тиреоплазии и наконец врожденный зоб. Наряду с истинными струмами детей зобатых матерей у рожденных в лицевом, реже в затылочном положении встречаются временные увеличения щитовидной железы, которые следует рассматривать как родовые опухоли. Зобы, как и нередко достигающие значительной величины, но очень редкие тератомы в области щитовидной железы, приобретают у новорожденных практическое значение только ввиду их соседства с дыхательными путями. Следствием их могут быть *stridor* инспираторного и экспираторного характера, цианоз и удушье.

Л е ч е н и е состоит прежде всего в применении холодных или ледяных компрессов с целью благодаря анемии по возможности уменьшить припухлость; далее укладывают ребенка со слегка свешенной кзади головкой, чтобы освободить трахею от давления. Если имеется опасность задушения, то не делают крайне трудной у страдающих зобом новорожденных трахеотомии, а предоставляют опытному ларингологу произвести интубацию; в самых крайних случаях врач может сам произвести простое рассечение перешейка железы между двумя кровоостанавливающими пинцетами, заменяемыми потом лигатурами. Другие способы требуют очень опытного хирурга.

V. ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ И МОЧЕПОЛОВОГО АППАРАТА

Заболевания органов кровообращения и мочеполового аппарата за исключением аномалий развития встречаются у новорожденных крайне редко, если отбросить случаи, где они являются лишь сопутствующим явлением при сепсисе и лишены самостоятельного значения. Так как они не представляют практического интереса, то мы и не будем рассматривать здесь даже самих по себе очень интересных случаев этого рода. Альбуминурию новорожденных и влагалищно-маточные кровотечения

у новорожденных девочек мы считаем проявлением физиологической реакции.

VI. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И РАСТРОЙСТВА ПИТАНИЯ

Заболевания полости рта и слюнных желез

Среди этих заболеваний упомянем прежде всего об **узелках Бона** (рис. 532), которые неопытными врачами легко принимаются за налеты, а в действительности представляют физиологические, встречающиеся более чем у $\frac{4}{5}$ всех новорожденных, небольшие ретенционные кисты слизистых желез. Локализация и вид их очень ясно представлены на рисунке.

Точно так же и наблюдаемые в течение первых недель жизни **небные пятна** вблизи небного шва и на границе между мягким и твердым небом, более или менее круглой или зубчатой формы, вначале имеющие серовато-белый цвет, а позднее — яркокрасные края и пронизанные точечными кровоизлияниями, представляют безобидные дефекты эпителия, образующиеся вследствие совершенно излишнего вытирания ротики новорожденных, производимого акушерками непосредственно после родов.

Если вытирание грязной рукой регулярно повторяется после каждого кормления (что вообще ошибочно) и в последующие дни, то очень легко развивается отчасти вследствие механического повреждения, а отчасти вследствие заноса возбудителей инфекции катаральный стоматит. Появляется общее покраснение слизистой оболочки полости рта, из небных пятен развиваются настоящие язвы, расположенные на типичных местах симметрично в области *hamuli pterygoidei* и называемые поэтому *ulcera pterygoidea* (или афты Беднара). При небрежном отношении они превращаются в обширные, распространяющиеся на все мягкое небо и части твердого, покрытые налетом язвы — так называемая ложная дифтерия рта у новорожденных (Эшштейн). Если процесс и теперь остается нераспознанным или нелеченным, то дело доходит до глубоких разрушений слизистой оболочки неба, причем от характера и вирулентности внедрившихся и имеющих в полости рта бактерий зависит, останется ли процесс строго локализованным или же разовьется сопровождающийся образованием по всей полости рта покрытых фибринозным налетом язв, тяжелым общим состоянием и лихорадкой септический стоматит, который может служить исходным пунктом обширной флегмоны, рожи или общего сепсиса. С катаральным стоматитом почти всегда связана, а иногда и предшествует ему **молочница** (soor, рис. 533). При этом дело идет о развитии на слизистой оболочке языка, щек и на внутренней поверхности губ то расположенных очагами мелких беловатых пятен то налете



532. Узелки Бона.



533. Катаральный стоматит с молочницей и *ulcera pterygoidea* (по Финкельштейну и Мейеру).

тов, по удалении которых слизистая оболочка легко кровоточит. Необходимым предварительным условием развития молочницы является повреждение эпителия, причем заболевание это в форме отдельных рассеянных очагов встречается и у гладко развивающихся новорожденных, совершенно не отражаясь на их общем состоянии. Прием пищи затруднен только у ослабленных детей с распространенной молочницей. Смертные случаи, которые могут зависеть от распространения болезни на глотку и пищевод, у новорожденных неизвестны.

Д и а г н о з всех этих форм стоматита на основании сказанного не представляет никаких затруднений.

П р е д с к а з а н и е при указанных вначале формах при правильном лечении—хорошее, при септическом стоматите—плохое.

Л е ч е н и е небных пятен состоит только в запрещении вытирать рот. При лечении *ulcera pterygoidea* самое главное—избегать этого вредного момента. В остальном прижигают язвы при помощи ватных шариков, смоченных в 1—2% растворе ляписа. При ложной дифтерии мы

считаем кроме того целесообразным смачивание язв перекисью водорода два раза в день. В остальном следует обратить особое внимание на достаточное питание материнским молоком, так как предсказание во многом зависит от сопротивляемости организма ребенка.

При молочнице лучше всего производить ежедневное протирание ротика ватным шариком, смоченным в 25% растворе буры и глицерина; на остальное время дают ребенку соску Эшериха с борной кислотой.

Небольшой моком ваты погружают в превращенную в мелкий порошок борную кислоту, обертывают стерильным, очень тонким батистом и затем пропитывают 0,1% раствором сахарина. Большинство детей охотно берет эту соску, причем борная кислота постепенно растворяется в слюне.

М е с т н о е л е ч е н и е септического стоматита такое же; исключительное значение имеет поднятие общего состояния обильным питанием грудным молоком.

Наряду со стоматитом еще большее практическое значение имеют **г н о й н ы е** воспаления слюнных желез, развивающиеся в течение 1—2 недель, большей частью в виде осложнения стоматита, и поражающие преимущественно заушную железу, реже подъязычную или подчелюстную. По моим личным наблюдениям паротит бывает большей частью односторонним; появлению его безусловно благоприятствуют механические повреждения при родоразрешающих операциях.

Р а с п о з н а в а н и е этого заболевания легко. Уже рано появляется припухлость области железы, причем при давлении на нее из выводных протоков часто выделяется гной; относительно нередко дело доходит до образования абсцесса, причем обнаруживаются флюктуация и покраснение кожи.

В отношении **л е ч е н и я** ограничиваются вначале влажными компрессами из уксуснокислого глинозема; при наступившем нагноении делают разрез.

Остальные заболевания полости рта и глотки не имеют у новорожденных никакого практического значения. Аномалии развития и врожденные опухоли встречаются настолько редко, что мы можем их здесь не рассматривать. Несколько чаще наблюдаемые пороки развития, как напр. заячья губа и волчья пасть, также не

подлежат нашему разбору, так как они подробно описываются во всех учебниках по хирургии.

Их практическое значение у новорожденных ограничивается тем, что они несколько, но не сильно, ограничивают кормление грудью, не делая его однако совершенно невозможным¹.

Расстройства питания у грудных детей

Под этим названием мы объединяем все те расстройства, выражением которых является неуспех физиологического питания. При этом мы и для новорожденных придерживаемся принятой в педиатрии номенклатуры, которая кажется нам лучшей, чем старое подразделение на диспепсию, гастроэнтерит и детскую холеру, так как опыт педиатров показал, что клиническое разграничение различных болезненных процессов вообще неточно, ибо анатомические изменения, находящиеся при вскрытии, слишком часто не оправдывают наших ожиданий. При этом всегда убеждаются, что заболевание всего организма, расстройством промежуточного обмена веществ, имеет гораздо более серьезное значение, чем местные изменения в желудочно-кишечном канале. В терапевтическом отношении мы также считаем целесообразным выдвинуть на первый план самое существенное, а именно недостаточный результат питания. Поскольку такие новорожденные вообще подвергались вскрытию, постольку мы всегда получали впечатление, что совпадение между клинической картиной болезни и находимыми в желудочно-кишечном канале изменениями отсутствует. Поэтому мы не можем согласиться с противоположными выводами Рейсса, который именно для новорожденных хочет сохранить различие между кишечным катаром (диспепсия), энтеритом и энтеральной инфекцией. Из самого его описания вытекает, как мало характерны бывают клинические картины болезни, причем границы не только между тем, что является еще физиологическим, но и между различными болезненными процессами настолько сглажены, что разделение их кажется произвольным. Мы полагаем, что именно для практических целей необходимо и у новорожденных сохранить понятие о расстройстве питания.

И в отношении этиологии мы различаем главным образом из практически терапевтических соображений, расстройства питания вследствие качественных и количественных изменений его, причем отдельно можно выделить отрицательный результат вследствие врожденной неполноценности некоторых новорожденных. Безусловно встречаются и комбинации этих трех групп. Если угодно, можно, следуя системе Черни-Келлера, различать расстройства питания *ex alimentatione*, *ex infectione* и *ex constitutione*.

Мы ограничиваем наше изложение расстройствами питания у грудных детей. У вскармливаемых рожком новорожденных они вообще не должны встречаться, так как чистое искусственное питание в течение этого периода жизни должно быть оставлено или по крайней мере заменено смешанным. Впрочем расстройства питания искусственно вскармливаемых новорожденных принципиально не отличаются от таковых у грудных детей, так что мы можем сослаться на соответствующие главы в учебниках детских болезней.

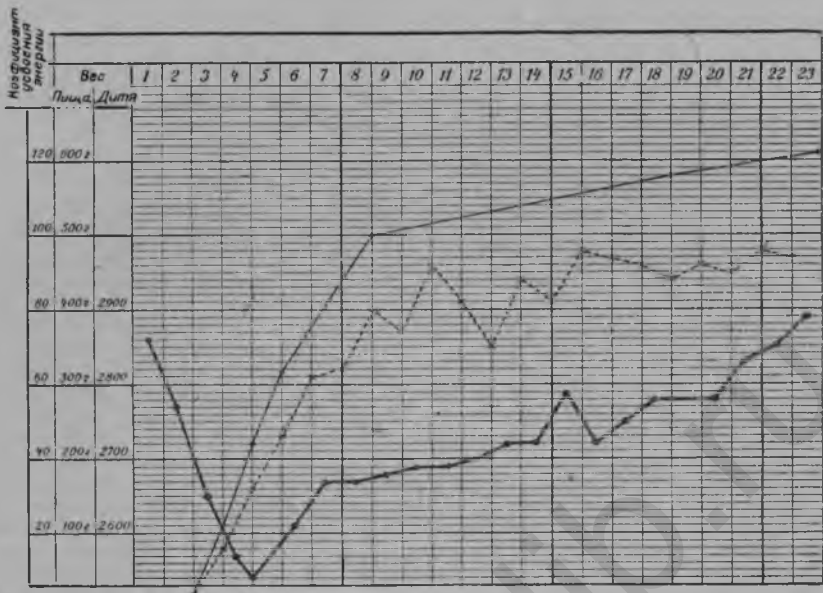
а) Расстройства питания вследствие количественно измененной пищи

Эти расстройства являются наиболее важными в практическом отношении, так как представляют самую частую группу расстройств питания у новорожденных и имеют вполне определенную этиологию, поскольку дело идет о недостаточном или чрезмерном введении пищи.

1. Недостаточное питание

Причинами недостаточного введения материнского молока, если исключить редкие пороки развития, напр. атрезию пищевода и т. п., являются все те состояния, которые уже были приведены в главе о трудностях кормления. Безразлично, идет ли дело о гиполактрии или запозданием появления молока, болезненности акта сосания вследствие трещин

¹ См. главу «Физиология новорожденных», отдел «Уход и питание новорожденных».



534. Легкое понижение питания при гиполактии.

или первичной гиперестезии сосков, неблагоприятной формы груди и сосков, недостаточной способности к сосанию, вялости сосания, механических препятствий к акту сосания, болезни груди или неспособности ребенка сосать вследствие недостаточного развития сосательного рефлекса или о комбинации затруднений кормления как со стороны матери, так и ребенка,—эффектом в каждом отдельном случае будет количественно недостаточное введение пищи в течение более или менее продолжительного времени.

Симптомоатология. Наиболее важным признаком этого расстройства питания будет недостаточное увеличение веса тела или ненормально сильное или чрезмерно длительное падение его в первые дни жизни.

Наиболее частыми и самым благоприятными являются те случаи пониженного питания, в которых вследствие временной недостаточности акта сосания со стороны ребенка или благодаря более позднему появлению молока ненормально велико только «физиологическое падение веса» (свыше 9—10% веса тела непосредственно после родов) или оно затягивается до 5—6-го дня. С устранением указанных трудностей кормления наступают быстрое увеличение веса и возврат потерянному.

С другой стороны, довольно часто встречаются случаи, в которых кормление сначала происходит хорошо, а затем в течение второй или последующих недель секреция грудных желез оказывается недостаточной и вследствие трещин или мастита временно наблюдается недостаточное введение пищи. Во всех этих случаях и признаки пониженного питания появляются соответственно позднее. Физиологическое падение веса здесь бывает не особенно велико, причем после начального увеличения происходит медленный подъем его, иногда с незначительными падениями и остановками (рис. 534).

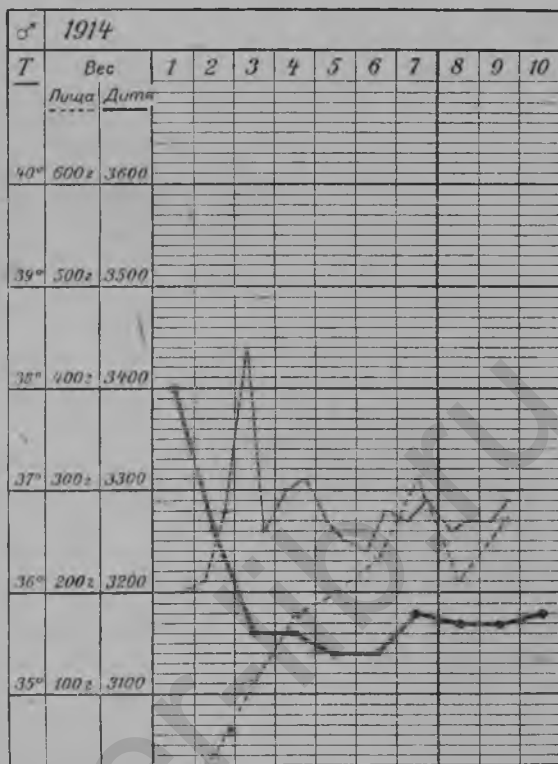
Тяжелее протекают те случаи, где различные из указанных выше трудностей кормления с самого начала комбинируются друг с другом и следуют одна за другой, причем самыми неблагоприятными являются те из них, где имеется ничем не устранимая гиполактация, благодаря чему понижение питания всегда достигает более высокой степени.

Кривая веса тела конечно только при одновременном учете потребления пищи и здесь является наиболее верным показателем. После ненормально резкого длительного падения веса ребенка происходит очень медленное нарастание его, прерываемое остановками или незначительными падениями, так что нередко даже на 3-й неделе вес тела на 10% и больше ниже веса непосредственно после родов (рис. 535).

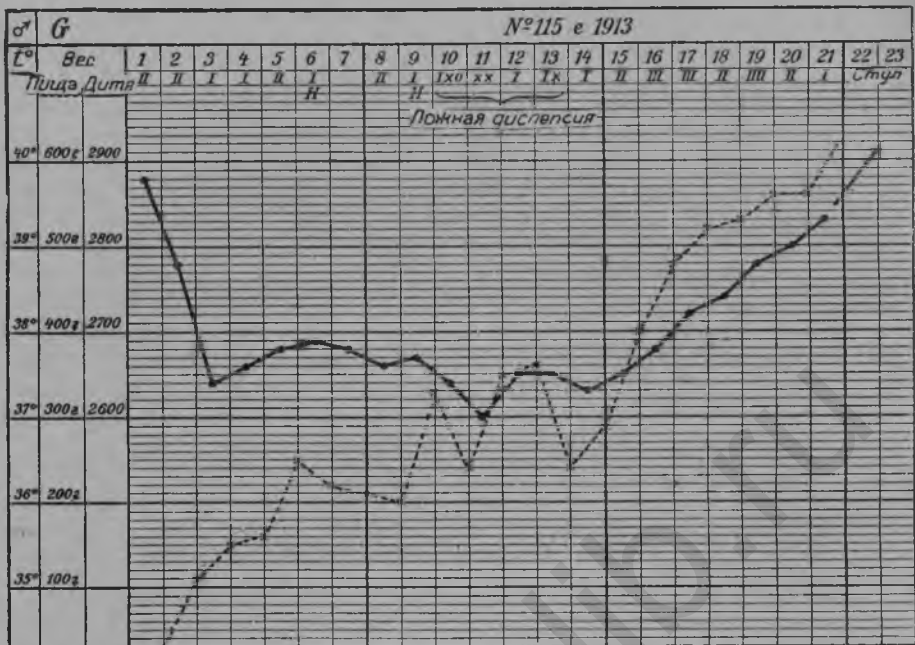
При очень значительном или длительном понижении питания находят еще другие характерные сопутствующие симптомы. Сюда относятся прежде всего уменьшение числа ежедневных испражнений на—12, при этом испражнения становятся более бедными плотными частями, более жидкими и имеющими грязноватобурую окраску. Правда, при более высоких степенях пониженного питания (рис. 536) испражнения вновь могут сделаться ненормально частыми; но отдельные порции их также незначительны, крошатся, содержат слизь и нередко совершенно жидки (гиперпептические и ложнопептические испражнения, т. е. испражнения, обязанные своим «диспептическим» видом слишком обильной по сравнению с количеством пищи секреции кишечных соков).

При таких гиперпептических испражнениях легко развивается в области заднего прохода и ягодиц интертригинозная экзема. Кроме того недостаточно питающиеся в течение долгого времени новорожденные бывают предрасположены к кожным заболеваниям. Для пониженного питания до известной степени характерны как следствие беспокойства таких детей ссадины на пятках и на пальцах (паронихии), расчесы лица.

При сколько-нибудь высоких степенях недостаточного питания тургор кожи ребенка заметно понижается, живот располагается на уровне грудной клетки или даже бывает ладьеобразно втянут.



535. Более сильное понижение питания. Временная лихорадка на 3-й день.



536. Сильное понижение питания в течение первых двух недель.

В моче недостаточно питающихся новорожденных всегда находят ацетон. Температура у них нормальна, но иногда в первые недели наблюдаются временные повышения ее. Рвота при понижении питания бывает редко, хотя бы недостаточное питание и было следствием чрезмерного «срыгивания» принятой пищи.

Д и а г н о з, если принимать во внимание описанные симптомы, никогда не представляет затруднений.

П р е д с к а з а н и е благоприятно в том отношении, что при введении достаточного количества соответствующей пищи быстро наступает выздоровление.

П р и л е ч е н и е необходимо прежде всего уничтожить, если возможно, причину пониженного питания, что связано следовательно с устранением затруднений кормления. Пока этого нет, можно в случае отсутствия кормилицы в течение нескольких дней вводить детям недостающее количество пищи в виде подслащенного сахарином жидкого чая или назначать капельные вливания раствора Рингера. Если достаточная продукция грудной железы все же отсутствует, не остается ничего другого, как перейти на смешанное кормление. Назначение чистого искусственного питания за исключением случаев смерти или тяжелого заболевания матери ввиду недостаточности его для новорожденного всегда неправильно.

2. Перекармливание

Под этим названием объединяются собственно два различных состояния, последствия которых, правда, бывают одинаковы: либо действительно при каждом кормлении вводятся слишком большие количества пищи (перекармливание в узком смысле) либо происходит чрезмерное

обременение и в конце концов нарушение двигательной и секреторной функции желудочно-кишечного канала благодаря тому, что отдельные приемы пищи слишком быстро следуют один за другим. Если при этих условиях желудок не имеет достаточного покоя или вновь наполняется до полного опорожнения, то страдает и подготовка к перевариванию пищи в кишечнике. В общем перекармливание новорожденных наблюдается главным образом в результате неправильного режима кормления, особенно вследствие слишком частых приемов пищи, тогда как чистое повышенное питание встречается собственно только у тех из новорожденных, которые получают слишком большие для их возраста количества молока кормящей.

Симптомы перекармливания за исключением количественно превышающих потребность приемов пищи состоят прежде всего в очень резком увеличении веса тела, которое может держаться до недели и выше, пока не наступит реакция со стороны пищеварительного аппарата. Ребенок становится беспокойным, вскрикивает во сне, имеет напряженный, чувствительный к давлению, а впоследствии вздутый живот; отходящие с шумом газы дают лишь временное облегчение; увеличивается число испражнений, которые вскоре приобретают диспептический характер и нередко выделяются небольшими порциями при отхождении газов. Они имеют резкий кислый запах, содержат большое количество кусочков мыла, слизи и нередко мелкие капли жира. При этом всегда рано или поздно появляется рвота, отличающаяся от обычного «срыгивания» тем, что она наблюдается и в промежутках между приемами пищи; при рвоте извергаются кисло пахнущие отчасти свернувшиеся массы, смешанные иногда с небольшим количеством слизи и желчи. При появлении рвоты вес тела уменьшается, а иногда даже круто падает, после чего наблюдается лишь медленный подъем его вследствие обусловленного частой рвотой понижения питания (рис. 537). Нередко к этому присоединяется легкое повышение температуры.

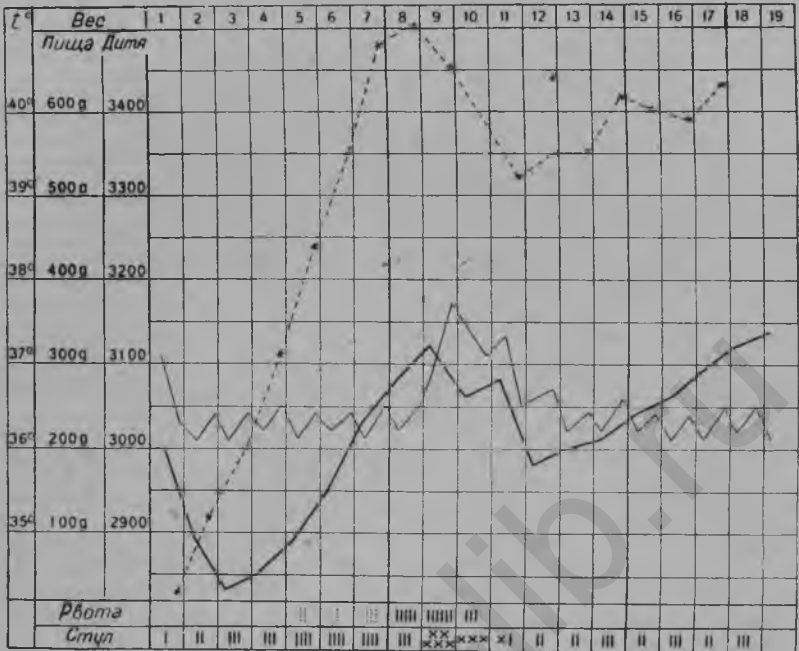
Диагноз при точном учете количества пищи и режима питания на основании указанных симптомов легок. Если рвота появляется рано, следует подумать о наличии стеноза привратника, очень незначительная степень которого у новорожденных не представляет редкости и в течение нескольких недель самостоятельно проходит.

Предсказание при правильном лечении хорошее. Необходимо прежде всего устранить неправильности в режиме питания. В более легких и начинающихся случаях этого достаточно, в прогрессирующих же случаях с сильной рвотой рекомендуется воздержание от пищи в течение 16—24 часов и освобождение кишечника от разлагающихся остатков ее клизмами из отвара ромашки. Целесообразно и на следующий день ограничить число кормлений грудью до 3—4 раз и затем перейти к кормлениям с 4-часовыми промежутками и 8-часовой паузой в течение ночи. Лекарственного лечения у новорожденных я никогда не применяю.

б) Расстройства питания вследствие качественно измененной пищи

1. Расстройства питания вследствие кормления грудным молоком, содержащим бактерии

Этиология. Необходимо различать расстройства вследствие питания молоком, содержащим бактерии уже при выделении из грудной железы, и расстройства вследствие примешивания бактерий, попа-



537. Перекармливание вследствие слишком частого прикладывания к груди.

дающих в начальный отдел пищеварительного тракта каким-либо другим путем. В первом случае дело идет о бактериях, постоянно находимых в млечных ходах (белый и золотистый стафилококк, стрептококк, кишечная палочка или грибки молочницы), или о микроорганизмах из воспалительного фокуса (мастит) и очень редко — о бактериях, попадающих в грудные железы больной родильницы гематогенным путем. Во втором случае микроорганизмы из лохий или с окружающих родильницу предметов заносятся в ротик ребенка ее собственными пальцами или руками ухаживающего персонала, через соску, подушки или пеленки при пеленании ребенка и затем вместе с пищей попадают в более глубокие отделы его пищеварительного канала. Особенное значение имеет в этом отношении стоматит.

Принимая во внимание действительные отношения, приходится удивляться, почему инфекционные катары желудочно-кишечного канала не развиваются у всех новорожденных. Однако опыт учит, что всегда обнаруживаемые в выводных протоках других желез и в полых органах микроорганизмы находятся в авирулентном состоянии и поэтому не вызывают заболевания. Но если развивается застой секрета, причем в этом отношении играют роль все моменты, указанные в отделе о затруднениях кормления, вирулентность бактерий возрастает, и они могут действовать болезнетворным образом; случаи подобного рода встречаются нередко. Небольшие эпидемии энтеритов, вызываемых стафило- и стрептококками или *b. coli*, возникают иногда при кормлении нескольких детей такой кормилицей.

Опаснее и ввиду легкости переноса важнее те бактерии, которые попадают на пальцы матери или ухаживающего персонала из лохий и отсюда непосредственно через сосок попадают в ротик ребенка, где они приобретают большое значение, если имеющиеся повреждения эпителия (стоматит) благоприятствуют их поселению и повышению вирулентности.

Лишь точное соблюдение всех правил асептики в уходе за новорожденными может свести все эти опасности к такому минимуму, чтобы в хорошо поставленных родовспомогательных учреждениях подобные энтериты совершенно не встречались несмотря на скопление большого количества детей и родильниц, из которых лихорадящие требуют совершенно особых правил предосторожности. Вообще же удивительно, как часто молоко матерей, страдающих маститом, содержащее большое количество стрептококков, переносится детьми совершенно без всякой реакции.

Наоборот, поразительно, как легко развиваются расстройства питания при парентеральных инфекциях самого разнообразного характера. Правда, у новорожденных эта форма встречается редко. Во-первых, кормление грудью представляет лучшее средство против тяжелых расстройств питания на этой почве, а с другой стороны, при очень тяжелых инфекциях детей расстройство питания наряду с другими симптомами болезни развивается далеко не всегда.

Симптомы подобных гастроэнтеритов неспецифичны. От диспепсии от перекармливания они отличаются имеющейся в большинстве случаев лихорадкой (выше 38—39°), значительным и крутым падением веса тела и большим количеством жидких, остро или дурно пахнущих испражнений у имеющих болезненный вид, часто плачущих и ясно страдающих детей.

Предсказание, если удастся устранить неправильности, в общем хорошее. Лечение начинают с 12—24-часового голодания, за которым в последующие дни следует кормление строго определенным количеством женского молока. Все, что было сказано в физиологической части об уходе за грудями, асептике акта кормления и т. д., заслуживает и в этих случаях самого строгого применения.

2. Расстройства питания вследствие дефектов молока

Иногда—но в общем крайне редко—встречаются случаи, в которых успех питания зависит от ненормального состава материнского молока без какого-либо участия бактерий. Здесь следует упомянуть о ненормально большом содержании жира, особенно при одновременном недостатке воды, а с другой стороны,—о недостаточной калорийности молока при повидимому достаточном количестве его. В некоторых случаях наряду с этим играет роль и конституциональная неспособность ребенка к усвоению пищи.

С утверждением о недостатках молока нужно быть очень осторожным. Микроскопические и химические исследования молока практически не имеют значения; прежде чем ставить этот диагноз, необходимо исключить перекармливание, недостаточное питание, погрешности против асептики и врожденную неполноценность ребенка. Подобные изменения состава молока временного характера встречаются иногда во время менструации (особенно это наблюдается у кормилиц), после психических травм, при поносах и тяжелых лихорадочных общих заболеваниях матери.

Лечение ограничивается по возможности тщательным регулированием кормления и устранением всех ошибок. При очень малом количестве молока, при котором ребенок все же продолжает хорошо развиваться, пробуют вместе с молоком ежедневно вводить воду в таком количестве, чтобы общее количество пищи соответствовало возрасту ребенка. Отнимание от груди при этом является безусловно неправильным.

в) Расстройства питания вследствие конституциональной неполноценности ребенка

Расстройства питания вследствие конституциональной неполноценности ребенка развиваются у новорожденных лишь в редких случаях. Доказательством конституциональной неполноценности может служить

то обстоятельство, что подобный ребенок не развивается на грудном молоке, при питании которым другой ребенок растет безукоризненно.

И здесь неуспех питания выражается отсутствием соответствующего увеличения веса несмотря на достаточное количество пищи, безукоризненный уход и технику питания. Число испражнений увеличено, они часто содержат слизь, большое количество кусочков мыла и иногда мелкие капили жира, т. е. скорее всего при этом можно было бы думать о диспепсии от перекармливания, если бы этому не противоречили нормальные количества пищи и безупречный режим кормления. Иногда у таких детей во время шитья появляются своеобразные обморочные состояния. Кроме того они склонны к экземе, *intertrigo* на сгибательных поверхностях суставов и на шее; нередко на щеках у них появляются красные пятна, и рано или поздно развивается ясная картина экзудативного диатеза.

Предсказание *quo ad vitam* вообще благоприятно.

В отношении лечения необходимо обратить внимание на увеличение числа кормлений, а иногда и на питание молоком кормилицы. Если это не дает результата, прибавляют к сцеженному молоку плазмон или нутрозу в количестве 2—3 чайных ложек. Если же и это не помогает, то подобно Финкельштейну мы прибегаем к искусственному вскармливанию, причем в качестве питательной смеси рекомендуется либо молоко в разведении 1:2 с прибавкой плазмона, либо сливочно-белковое молоко Феера (к 300,0 молока прибавляют 600,0 воды, 75,0 хороших сливок, 50,0 питательного сахара и 15,0 плазмона; 1 л такой смеси содержит 620 калорий), либо масляно-мучная смесь Черни-Клейншмидта.

На 400,0 жидкости кладут 7,0 масла, 7,0 муки и 5,0 сахарного песка. Например 20,0 масла помешают в горшок и, сильно помешивая, кипятят на слабом огне до появления пены и исчезания запаха жирных кислот (3—5 минут). Затем прибавляют 20,0 пшеничной муки и, смешав ее с маслом, кипятят смесь на слабом огне (асбестовая прокладка), часто помешивая, до тех пор пока вся масса не сделается жидкой и бурой (4—5 минут), после чего прибавляют 300,0 теплой воды и 15,0 сахарного песка, еще раз кипятят, процеживают через волосяное сито и к еще теплой смеси прибавляют кипяченое коровье молоко. В прибавлении соли и повторной стерилизации нет необходимости. Смесь следует держать в холодном месте. У детей с весом ниже 3000,0 начинают с $\frac{1}{3}$ молока и $\frac{1}{2}$ масляно-мучной смеси, у детей же с весом в 3000,0 и выше—с $\frac{2}{5}$ молока и $\frac{2}{5}$ смеси. На 1 кг веса тела дают 200,0 смеси.

Остальные заболевания желудочно-кишечного канала и его желез не представляют для новорожденных ничего характерного.

VII. ГЕМОРАГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кровоизлияния в различных частях тела и тканях встречаются у новорожденных не только на почве повреждений или иных механических воздействий на сосуды вследствие родовой травмы, но зависят также и от повреждений сосудистой стенки токсического или инфекционного характера. Но наряду с этим наблюдаются и такие кровоизлияния, при которых несмотря на тщательные поиски и исследование подобных вредных моментов не находят или обращают на себя внимание упорство и распространение кровоизлияния. Иногда при этом в качестве причины удается обнаружить недостаточную свертываемость крови, в других же случаях дальнейшее наблюдение показывает, что у детей сохраняется эта склонность к кровоизлияниям и что дело идет следовательно о кон-

стиптуциональной неполноценности, называемой **геморагическим диатезом**.

Реже всего встречаются кровоизлияния в кожу. Носовые кровотечения (*epistaxis*) и геморагический ринит наблюдаются хотя и чаще, но являются преимущественно следствием врожденного сифилиса, реже проявлением геморагического диатеза.

Наконец следует упомянуть об омфалорагии (кровотечение из пупка). При этом дело идет отчасти о паренхиматозных кровотечениях из гранулирующей поверхности по отпадении остатка пуповины. Кровотечение из сосудов остатка пуповины почти всегда следует считать проявлением геморагического диатеза, так как при нормальном строении пупочных сосудов и нормальной свертываемости крови даже из непереязанной пуповины спустя некоторое время после родов не должно было бы происходить кровотечения. Исключением являются только те редкие случаи, в которых дело идет об асфиксии, обширных ателектазах легких, о сопровождающем врожденные пороки сердца ненормальном давлении в венозной системе и о застойных кровоизлияниях.

Омфалорагия, встречающаяся после отпадения остатка пуповины, является иногда проявлением гемофилии, но может обуславливаться и расстройствами нормальной свертывания крови вследствие большей или меньшей инфекции или сифилиса.

Лечение. При всех указанных местных кровотечениях лучше всего действует смазывание адреналином или коагуленом, а в крайнем случае—прижигание пахленом. Кровотечения из пуповинного остатка лучше всего останавливаются новой перевязкой или обкалыванием.

Настоящая гемофилия у новорожденных не встречается.

Маточно-влагалищные кровотечения у новорожденных бывают связаны с геморагическим диатезом в том случае, если они настолько обильны, что ведут к ясно выраженной анемии.

Важнейшим проявлением геморагического диатеза является *melæna neonatorum*.

Этим именем обозначается прежде всего лишь симптом выделения крови через желудок и кишечник. При этом следует остерегаться смешения безобидной рвоты кровью, проглоченной во время родов и происходящей из родовых путей матери или из повреждений носоглотки, а также более позднего выделения крови, поступающей в желудочно-кишечный канал ребенка из трещин сосков (*melæna spuria*), с опасной *melæna vera*. При последней источник кровотечения находится в самом желудочно-кишечном канале ребенка. Кровь выделяется отчасти с рвотой, а отчасти с испражнениями, редко только с испражнениями и еще реже только с рвотой. Заболевание начинается обыкновенно между 2-м и 3-м днями и часто обнаруживается неоднократной рвотой кровью, тогда как в дальнейшем кровь обыкновенно выделяется с испражнениями. Последние имеют чернобурый цвет с темнокрасным оттенком. Иногда на пеленке вокруг испражнений находят кровавое пятно. В очень тяжелых случаях *per anum* выделяется чистая свернувшаяся кровь.

Вследствие потери крови вскоре же развивается тяжелая анемия, от которой ребенок в конце концов погибает. В легких случаях усвоение пищи бывает мало нарушено, через 1—2—3 дня выделение крови через кишечник становится незначительным, и наконец появляется нормальный молочный стул и наступает выздоровление.

В тяжелых случаях, наоборот, усвоение пищи страдает, ребенок становится сонным, иногда появляются повышения температуры до 38°, а впоследствии часто и субнормальные температуры. Спустя 3—5 дней при усиливающейся анемии наступает смерть. Формы, сопровождающиеся сильной кровавой рвотой, являются обыкновенно более тяжелыми.

Предсказание очень плохое (50—60% смертности), но своевременным и целесообразным лечением смертность снижается почти наполовину.

Происхождение заболевания еще неясно и видимо неоднородно. Некоторые очень тяжелые случаи, окончившиеся летально, являются лишь выражением геморрагического диатеза (Шлосс-Коммискей). В других случаях *melena* может быть лишь явлением, сопутствующим общему сепсису. В половине случаев в желудочно-кишечном канале были находимы отдельные или множественные язвы, происхождение которых объясняется тромботическими и эмболическими процессами (Ландау, Франке) или ишемическими некрозами (Бенеке).

Лечение имеет своей задачей способствовать свертыванию крови. Наиболее действительными в этом отношении являются подкожные впрыскивания 10—15 см³ стерильной желатины, которая действует тем лучше, чем раньше после появления первых выделений крови она была назначена; впрыскивание может быть еще раз повторено в тот же или на следующий день. Если желатины нет, то врач в случае необходимости может воспользоваться дифтерийной или обыкновенной лошадиной сывороткой, которая впрыскивается в количестве 20 см³. В последнее время были произведены успешные попытки облучения селезенки (Хеглер). В остальном заботятся о согревании и дают частыми небольшими порциями сцеженное женское молоко.

VIII. СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Мы коснемся здесь еще темной спорной области заболеваний нервной системы у новорожденных. За исключением пороков развития, каковы напр. *spina bifida*, *encephalocoele* и пр., которые практически представляют лишь небольшой интерес, дело здесь идет об отдельных наблюдениях, и мы по крайней мере до настоящего времени считаем правильным обращать внимание только на те заболевания, которые, как например судороги, часто требуют врачебной помощи уже у новорожденных, являясь особенно характерными для этого периода жизни.

Различают органические (или симптоматические) судороги, при которых имеются ясные анатомические изменения в центральной нервной системе, и функциональные (идиопатические) судороги, не сопровождающиеся подобными изменениями.

а) Первые чаще всего являются следствием внутричерепных родовых повреждений или головной водянки; значительно реже они встречаются при общем сепсисе как проявление метастатического или развивающегося вследствие перехода с окружающих частей менингита или энцефалита и еще реже—на почве аномалий развития головного мозга. Развитие у новорожденных настоящей тетании не доказано; толкование, которое дал Э. Керер своим случаям, оспаривается.

Внутренняя гидроцефалия легко распознается по увеличенному и protrudжающемуся объему черепа, напряжению и ширине родничков. Подобно менинго-энцефалиту в терапевтическом отношении это заболевание у новорожденных является безнадежным. Дифференциальный диагноз упомянутых состояний на основании судорог невозможен. Распространение их зависит от локализации и величины болезненного очага (рис. 538).

б) К функциональным судорогам относятся напр. так называемые терминальные конвульсии (Тимит), которые перед смертью могут наблюдаться у новорожденных при самых разнообразных состояниях (сепсис,

тяжелые расстройства питания у искусственно вскармливаемых детей, при особенно резких падениях веса и потерях воды).

Далее сюда же относятся и эклампсия новорожденных, под которой понимают появляющиеся в первые дни жизни и сопровождающиеся цианозом тоническо-клонические судороги у детей матерей, страдающих эклампсией. Их считают следствием плацентарной аутоинтоксикации. По моим наблюдениям они встречаются редко, причем детей женщин-экламптичек я разрешаю прикладывать к груди матери только через несколько дней после прекращения судорог и после того, как грудь совершенно опорожнена молокоотсосом.

Предсказание при не слишком тяжелых судорогах хорошее; в противном случае во время приступа может наступить смерть.

Ряд большей частью легких тоническо-клонических судорог у новорожденных можно рассматривать как проявление обнаруживающейся впоследствии эпилепсии.

Лечение при всех видах судорог у новорожденных — чисто симптоматическое (клизмы с хлоралгидратом). Этиологически можно воздействовать только на судороги при внутренних кровоизлияниях. При обезвоживании водой рекомендуется обильное введение жидкости *per rectum* в виде капельных клизм. При эпилепсии с целью нейтрализации яда назначают также капельные клизмы или подкожные вливания рингеровского раствора.

IX. КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Для понимания своеобразных заболеваний кожи у новорожденных необходимо вспомнить, что кожа их благодаря своей нежности легко ранима и что подобно другим органам и здесь наблюдаются некоторые явления, которые следует рассматривать как процессы приспособления к изменившимся условиям. Сюда относятся напр. физиологическая эритема новорожденных, бледнеющая во второй половине первой недели, а также то более мелко- то более крупнопластинчатое шелушение кожи, которое совершенно заканчивается большей частью лишь на 3-й неделе, а иногда и еще позднее; здесь же следует упомянуть о закупорке сальных и потовых желез на лице, реже на других частях тела, которое следует считать физиологическим образованием угрей, выполняющим ту же функцию, что и первородная смазка. Граница патологии совершенно неясна. Токсические воздействия вследствие присыпки родовых повреждений антисептическими порошками или исходящие от тех или иных



539. Приступ односторонних судорог у 4-дневного ребенка с порэнцефалией (по Хеккеру).

антеротоксинов очень легко ведут к летучим эритемам, распространение которых весьма различно. Нормальное шелушение может вести к перепончатой супердесквамации Брауна, при которой эпидермис отходит большими клочьями. На почве упомянутой закупорки сальных и потовых желез могут при недостаточном соблюдении чистоты развиваться угри новорожденных. Вдаваться в детали этого вопроса нет необходимости, мы ограничимся здесь лишь особенно часто встречающимися у новорожденных или более или менее своеобразно протекающими у них болезнями кожи.

1. Экзема

Большое значение уже благодаря своей частоте имеет экзема, прежде всего **интертригинозная**, развивающаяся при недостаточной чистоте в различных кожных складках и особенно охотно поражающая ягодичную область и область половых органов и заднего прохода. Причиной следует считать раздражение кожи испражнениями и мочой независимо от того, происходит ли это вследствие недостаточного ухода за ребенком или особенно значительного количества, часто ненормальных испражнений. Иногда эта экзема развивается и у детей, имеющих хороший уход за собой, вследствие особой чувствительности их кожи. При небрежном отношении экзема вскоре начинает мокнуть, причем частично лишённые эпидермиса участки могут служить входными воротами для возбудителей инфекции.

Профилактика состоит в тщательном уходе за кожей.

Для лечения лучше всего применять присыпки 10% цинковым порошком, порошком пеллидола или леницета, а при мокнущих формах следует обращать особенное внимание на своевременную и тщательную очистку кожи, лучше всего ватой, смоченной в прованском масле. Поверх накладывается пеллидоловая или азодоленовая мазь, чтобы предохранить пораженные части от дальнейшего смачивания и одновременно содействовать эпителиализации. Во избежание загрязнения испражнениями задний проход закрывается небольшими ватными подушечками.

2. Жировая и отечная склерема

Первая поражает почти исключительно недоношенных, ослабленных или вообще болезненных детей с резкой гипотермией. Дело здесь идет о затвердении подкожного жира, которое ограничивается большей частью периферическими частями тела, напр. лицом, верхними и нижними конечностями и на последние — икрами и предплечьями. Эти части приобретают своеобразную плотность и представляются как бы пропитанными отвердевшим парафином. Дети большей частью впадают в сонное состояние и обычно погибают, если под влиянием своевременного согревания и оживления кровообращения горячими ваннами, горчичными обертываниями и кувезами не наступит быстрого улучшения.

С этим заболеванием неопытные врачи легко смешивают склеродермию, при которой прежде всего поражается тыл стоп и икры; а затем своеобразный плотный, пластичный и очень долго сохраняющий ямку от давления пальцем отек постепенно распространяется на всю нижнюю половину тела и даже на все туловище. Пораженные части становятся холодными. Заболевание наблюдается почти исключительно у ослабленных детей, страдающих сепсисом, пневмонией и т. п. В смысле этиологии вероятно в нем играют роль застой крови и особая врожденная или обусловленная основным заболеванием проницаемость кожных сосудов.

Брункман и Грэй нашли в этих случаях отложения извести в подкожной клетчатке, не установив однако, идет ли при этом дело о закономерных изменениях. Грэй видит сущность процесса в исчезании олеина и обусловленном этим увеличении количества плотного жира. Лечение должно быть направлено прежде всего против основного заболевания; в остальном рекомендуются согревание и возбуждение кровообращения, причем не следует забывать и о пассивных движениях и легком массаже.

3. Контагиозный несифилитический пемфигус новорожденных

Контагиозный несифилитический пемфигус новорожденных представляет наиболее важное инфекционное заболевание кожи у новорожденных. Картина болезни весьма изменчива. Дело идет преимущественно о высыпании пузырей, окруженных нежной красной каймой и появляющихся на всем теле; вначале они имеют величину конопляного зерна или чечевицы, но затем быстро превращаются в обширные, величиной с 5-копеечную монету образования, причем тонкая верхушка пузыря разрывается, и после выделения серозного или слегка мутного содержимого обнажается покрасневший, мокнущий *corium*, постепенно покрывающийся струпом (рис. 539). В противоположность сифилитическому пемфигусу ладони и подошвы остаются при этом большей частью свободными.

Дело здесь идет о стафиломикозе кожи, который в благоприятных случаях проходит спустя 1—2 недели. Стафилококки в части случаев происходят из лохий, реже болезнь возникает вследствие неопрятности. У ослабленных детей пемфигус принимает иногда злокачественный характер и становится исходным пунктом общего сепсиса, ведущего в течение нескольких дней к смерти. При этой злокачественной форме пузыри с самого начала бывают больше, распространяются быстрее и имеют мутное, более гнойного характера содержимое. Как простая, так и злокачественная формы очень заразительны.

Лечение состоит в вскрытии отдельных пузырей, прижигании корнума подной настойкой и присыпке порошком леницета, дезитина или вазелина. В последнее время Фелькерс сообщил о хороших результатах ванны из $1/2\%$ раствора риванола с последующей присыпкой 1% риванолом. Особенное значение следует придавать обильному кормлению женским молоком.

4. Dermatitis exfoliativa

Dermatitis exfoliativa (Риттера) является редким, но чрезвычайно характерным и тяжелым заболеванием новорожденных (смертность 50%), почему о нем и необходимо сказать несколько слов.



539. Доброкачественный несифилитический пемфигус (по Ифаундлеру).



540. Dermatitis exfoliativa.

Начинаясь с покраснения кожи, появляющегося прежде всего в окружности рта и затем быстро, хотя и неравномерно распространяющегося на все тело, оно ведет в конце концов к обширной отслойке эпидермиса (рис. 540) благодаря отеку сосочков. Вначале заболевание трудно бывает отличить от pemфигуса, но характерный исходный пункт позволяет сделать правильное распознавание. Позднее имеется некоторое сходство с обширными ожогами II степени. По новейшим данным (Виланд, Мак Кэндлиш) болезнь эта представляет лишь особенно тяжелую форму pemфигуса, вызываемую тем же возбудителем (стафилококк).

Общее состояние ребенка вначале страдает мало. Только в случае почти неизбежной инфекции обнаженного кориума дети производят впечатление тяжело больных и наконец погибают при явлениях септицемии через 1—1½ недели от начала заболевания. В терапевтическом отношении хорошие результаты наряду с обильным кормлением грудью дают ванны из ½% раствора риванола и 1% риваноловая мазь (Фелькерс).

Х. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

А. ВАЖНЕЙШИЕ ОСТРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Новорожденные характеризуются известным естественным и приобретенным во время беременности иммунитетом к целому ряду инфекционных заболеваний, играющих большую роль в последующей жизни ребенка. Наоборот, сопротивляемость по отношению к микроорганизмам, вызывающим так называемые септические заболевания, у них очень незначительна. Мы должны отказаться от разбора этой чрезвычайно интересной проблемы и ограничиться немногим, чего не отмечено в главе, принадлежащей Зейтцу.

1. Столбняк

Бацилы столбняка тем опаснее для новорожденных, что пупочная рана представляет для них превосходные входные ворота. Необычайно высокая прежде заболеваемость столбняком теперь сведена до минимума. Смертность по Жуковскому составляет 98%, но может быть снижена по крайней мере наполовину немедленным вырыскиванием по 125 антитоксических единиц в окружность пупка и в мешок твердой мозговой оболочки, естественным обильным питанием, введением жидкости через желудочный зонд или в клизме и понижением расходов организма хлоралгидратом (3—4 раза в день по 0,5 per rectum).

2. Рожа

Рожа является для новорожденных крайне опасным и почти всегда смертельным заболеванием. Она встречается сравнительно редко только благодаря тщательной асептике при уходе или отсутствию рожистых

стрептококков несмотря на недостаточную асептику. Автор не имел в своей клинике ни одного случая этой болезни, хотя спустя 14 дней после выписки у одного новорожденного и наблюдалась тяжелая форма ее, исходившая из мокнущей экземы в области ягодиц и заднего прохода и зависевшая вероятно от инфекции мокнущих участков сиделкой, страдавшей стрептококковой ангиной (рис. 541). В остальных случаях чаще всего исходным пунктом рожки является пупочная рана, а по Рейссу—особенно половые органы, причем здесь почву для внедрения стрептококков представляют мацерированные участки мокнущей кожи.

Характерной для рожки новорожденных являются нерезкость границ пораженных участков, физиологическая эритема, часто покрывающая покрасневшие места у детей первой недели жизни, и склонность пораженных частей к некрозу. На последний указывает прежде всего багровая или синева-черная окраска. Течение болезни обыкновенно молниеносное. Дети производят впечатление тяжело больных, плохо сосут и нередко погибают в течение 2—3 дней. При этом может быть лихорадка, но иногда она и отсутствует.

Лечение. Ввиду опасности переноса заболевания на мать через незаметные мельчайшие трещины на сосках заболевшего рожкой ребенка следует отнять от груди и кормить сцеженным молоком матери. Главное внимание нужно обратить на обильное, усиленное питание. В остальном делают компрессы с уксуснокислым глиноземом, перекисью водорода и пробуют ограничить распространение процесса сдавлением главных лимфатических стволов туго натянутыми полосками липкого пластыря, наложенными на некотором расстоянии от пораженных частей.

3. Сепсис

Сепсис представляет заболевание, которое наблюдается тем реже, чем тщательнее соблюдается асептика во всем уходе за новорожденным. Часто наблюдавшийся прежде сепсис, исходящий из пупка, в настоящее время встречается значительно реже. Чаще источником сепсиса у новорожденных являются заболевания полости рта или дыхательных путей, чаще же всего сепсис бывает энтерогенного происхождения; однако это относится только к новорожденным, вскармливаемым искусственно. Вообще же входными воротами может быть любое другое повреждение.



541. Рожка у новорожденной девочки с начинающимся некрозом кожи, развившаяся из мокнущей экземы в области заднего прохода.

Симптомы сепсиса новорожденных совершенно нехарактерны. Прежде всего поразительно, что лихорадка иногда совершенно отсутствует или наблюдается только в самом начале заболевания. Наряду с этим встречаются случаи, где имеется постоянная ремитирующая или интермиттирующая лихорадка. До известной степени характерными являются здесь геморагическая сыпь и вообще наклонность к кровоизлияниям, а иногда и похожая на скарлатинозную или пустулезную сыпь. Почти всегда наблюдаются припадки колапса, *dyspnoë*, асфиксия, судороги, особенно в форме терминальных конвульсий; однако значение их как симптомов сепсиса большей частью сомнительно. Вернее всего ведет к правильному диагнозу наличие тех или иных местных процессов, нередко являющихся, как показывает опыт, исходным пунктом сепсиса.

Если при этом общее состояние ребенка резко нарушено, он выглядит вялым и нередко стонет, усвоение пищи падает, кожа бледна и часто окрашена в сероватый цвет, и если к этому присоединяются желтуха, похолодание и цианоз периферических частей тела, иногда же склерема и склеродермия, то дело почти всегда идет о сепсисе. Диагноз может быть точно поставлен по наличию бактериемии.

Предсказание абсолютно неблагоприятное: часто уже через несколько дней после развития общей инфекции крови наступает смерть. Если случай тянется дольше и в конце концов наступает даже выздоровление, диагноз сепсиса всегда находится под сомнением.

Лечение прежде всего возбуждающее. Назначают два раза в день по 100—150 см³ раствора Рингера в форме подкожных вливаний или капельных клизм, причем к раствору полезно прибавлять 1/2 см³ дигалена в день. При наклонности к колапсу и плохом периферическом кровообращении уместны инъекции камфоры (3—4 раза в день по 0,5) и горчичные ванны. С высокой лихорадкой следует бороться холодными общими обертываниями, являющимися одновременно и профилактическим средством против появления судорог. Исключительное значение следует придавать достаточному питанию женским молоком, которое дают из рожка или с чайной ложки. Искусственно вскармливаемые дети, заболев сепсисом, безусловно погибают¹.

Дополнительно следует упомянуть еще о трех заболеваниях неясной этиологии, которые, как это в высшей степени вероятно, представляют не что иное, как особые разновидности сепсиса и встречаются в общем крайне редко. Сюда относятся:

а) **Болезнь Винкеля**. Заболевание это начинается на 4-й день большей частью без лихорадки общим цианозом, бессознательным состоянием и учащенным дыханием; к этим симптомам скоро присоединяются желтуха и гемоглобинурия. На 5-й и 6-й день в известных до сих пор случаях наступала смерть.

б) **Болезнь Буля** протекает также без лихорадки и представляет вероятно лишь острый геморагический сепсис, который не позднее, чем через 2 недели, ведет к смерти. В начале заболевания наблюдаются асфиксия и цианоз, а затем появляются множественные кровоизлияния в кишечнике, пупке, носу, коже и слизистых оболочках, желтуха и отеки. На вскрытии известных до сих пор случаев находили изменения, похожие на развивающиеся при отравлении фосфором и острой желтой атрофии печени.

в) **Icterus gravis**, или ядерная желтуха (Бенеке), отличается от вышеназванных болезненных состояний преобладанием во всей картине болезни желтухи, ее интенсивностью и своеобразным желтовато-зеленым оттенком. Очень характерно участие центральной нервной системы, в особенности желтая или желтовато-зеленая окраска ядер мозговых нервов (отсюда названия—«ядерная желтуха»). Болезнь начинается большей частью уже в первый день, быстро

¹ Хорошие результаты получены от гемотерапии: 5—10 см³ крови матери 1—2 раза с промежутком в 4—5 дней вводятся в ягодичные мышцы ребенка.—С. Р.

прогрессирует и обычно к концу первой недели ведет к смерти при диспептических явлениях и явлениях коллапса. Лихорадка отсутствует или может быть только вначале.

Этиология совершенно неясна.

Лечение состоит в согревании, тщательном соблюдении асептики при уходе и обильном кормлении женским молоком. Таким лечением мы в двух случаях достигли даже выздоровления, тогда как вообще предсказание здесь должно считаться крайне неблагоприятным.

Б. ХРОНИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

1. Сифилис.

Этиология врожденного сифилиса уже была рассмотрена в отделе, посвященном патологии беременности, и там же были указаны характерные изменения в органах мертворожденных сифилитических плодов. Поэтому здесь мы приведем только симптомы врожденного сифилиса, поскольку они встречаются у живых новорожденных.

Самым частым и самым ранним из таких симптомов является **сифилитический насморк** (рис. 542). Затем особый интерес представляют кожные изменения, которые или имеются уже при рождении ребенка, или появляются в течение первых недель. Чаще всего дело идет о **сифилитическом пемфигусе** (рис. 543), представляющем сыпь пузырьков величиной от чечевицы до копейечной монеты, наполненных гнойным, мутным, резко геморрагическим содержимым и окруженных серовато-красной каймой. Отдельные пузыри сливаются друг с другом; стенка их легко разрывается, в результате чего образуются мокнущие поверхности с неправильными границами. Предрасположенными к этому заболеванию областями являются подошвы и ладони (рис. 543); однако если они не поражены, то это отнюдь не говорит против указанного страдания. В тяжелых случаях процесс распространяется на значительные участки тела.

Сифилитический пемфигус является большей частью врожден-



542. Coryza и трещины губ при врожденном сифилисе (по Брунсу).



543. Сифилитический пемфигус и пятнисто-папулезная сыпь (по Бушке).



544. Папулезный сифлид при врожденном сифилисе (по Бушке).

ным и сопровождается тяжелые случаи сифилиса. В содержимом пузырьков находится большое количество спирохет. Болезнь эта очень опасна для недоносков и детей с низким весом: у крепких же детей предсказание более благоприятное; еще лучше оно в тех случаях, где вначале признаки заболевания отсутствуют и только в течение двух первых недель появляется сифилитическая сыпь то пятнисто-папулезного (рис. 544) то более пятнисто-пустулезного характера. В последнем случае окруженные грязновато-красной каймой пузыри отличаются от пузырей пемфигуса своей малой величиной. Все эти сифилитические сыпи распространяются на более или менее значительные участки тела.

Другие симптомы, как например увеличение

печени и селезенки, легко просматриваются. Подозрительны кровотечения из пупка и носа, вялый вид детей, а также тяжелая желтуха с интенсивной желтой окраской. В сомнительных случаях, без изменений кожи, никогда не следует забывать о производстве реакции Вассермана. Чем позднее обнаруживается сифилис, тем в общем благоприятнее его предсказание.

Лечение, которое должно идти рука об руку с лечением матери, может проводиться либо одним сальварсаном либо комбинацией его с ртутью.

В первом случае назначают в зависимости от тяжести случая и веса ребенка 0,05—0,1 сальварсана в виде эмульсии в 5—10 см³ стерильного масла, которую впрыскивают толстой иглой в ягодичную область. Кроме того накладывают асептическую повязку, защищающую мокнувшие части. Еще лучше повидимому, по предложению Вельде, применять легко растворимый в воде неосальварсан (0,1 на 2 см³ свежестерилизованной воды), который впрыскивается внутримышечно. В последнее время Зейц назначает комбинированное лечение сальварсаном и ртутью. Рейсс рекомендует 1—2 раза в неделю внутримышечные впрыскивания 0,001 сулемы в водном растворе. Полезны также и сулемовые ванны (одна таблетка на ванну).

2. Туберкулез

Наследственная передача туберкулеза встречается чрезвычайно редко; по статистике Рейсса до 1914 г. было сообщено только 24 случая врожденного туберкулеза. Большой частью дело здесь идет об ослабленных детях, погибающих вскоре после родов и в раннем младенческом возрасте. На вскрытии очень часто находят милиарный туберкулез и во всяком случае множественные казеозные очаги в са-

мых различных органах, а иногда и язвы в кишечнике. Плацентогенный туберкулез, передаваемый во время родов вследствие повреждения ворсинчатого эпителия, дает симптомы только в более позднем возрасте и поэтому не подлежит нашему рассмотрению.

При таком положении дела весь вопрос вряд ли имеет практический интерес у новорожденных, так как даже в вышеуказанных случаях диагноз при жизни едва ли возможен. Подозрение могут возбуждать недостаточное увеличение веса тела и неясная лихорадка. Реакция с туберкулином Пирке часто дает отрицательный результат несмотря на то, что впоследствии на вскрытии находят обширные туберкулезные изменения.

Соответственно этому и лечение не имеет значения.

Более важной представляется нам профилактика новорожденных, состоящая в полной изоляции детей от больных матерей и кормлении их лучше всего грудью кормилицы, а в противном случае—из рожка сцеженного молоком матери. Там, где это невозможно, туберкулезные бактерии, выделяемые матерью, всегда рано или поздно вызывают инфекцию и заболевание ребенка¹.

Литература

H. B a b, *Bakteriologie und Biologie der kongenitalen Syphilis*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 60, 1907, S. 161.—B a i s c h, *Melaena*. Winckel's Handb. d. Geburtsh., Bd. 3, S. 254.—D e r s., *Der Pemphigus syphiliticus der Neugeborenen*, Münch. med. Wochenschrift, 1911, S. 240.—B a l l i n, *Zur Ätiologie und Klinik des Stridor congen.*, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 62, 1905, S. 808.—B a u e r e i s e n, *Über Tentoriumrisse beim Neugeborenen*, Zentralbl. f. Gyn., Bd. 35, 1911, S. 1148.—W. B l o c h, *Über den Pemphigus ac. mal. neon (non syphil)*, Arch. f. Kinderheilk., Bd. 28, 1900, S. 61.—J. B e r b e r i c h u. A. W i c h e r s, *Zur Symptomatologie des Geburtstraumas* Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 38, 1924, S. 59.—H. B o h n, *Die Mundkrankheiten Gerhardt's Handb. der Kinderkrankh.*, Bd. 4, S. 2. Tübingen, 1880.—W. B e r s., *Die Hautkrankheiten*, Gerhardt's Handb. d. Kinderkrankh., Nachtrag, Bd. 1, S. 43, Tübingen, 1896.—B o u c h o t, *Trait. des maladies nouveau-nés des enfants la mamelle et de la sec. enfance*, 7 éd., Paris, 1879.—C a r p e n t e r u. S h e i f f i e l d-N e a v e, *Mikroskopische und chemische Untersuchung bei einem Fall von Sclerema neonatorum*.—C u s h i n g, *Surgical intervention for intracranial hemorrhages of the newborn*. Amer. Journ. of med. scienc., 1905.—D i t t r i c h, *Geburtsverletzungen bei Neugeborenen und deren forensische Bedeutung*. Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 3 F., Bd. 9, 1895, S. 325.—E i c k, *Doppelseitige Choanalatresie und Stillhindernis*, Zentralbl. f. Gyn. 1922, Nr. 42.—E s c h, *Über Krämpfe bei Neugeborenen*, Arch. f. Kinderheilk., Bd. 88, 1929, S. 60.—D e r s., *Zur Klinik des Sclerema neonatorum*, Zentralbl. f. Gyn., Bd. 32, 1908, S. 1003.—D e r s., *Über Kernikterus des Neugeborenen*, Zentralbl. f. Gyn., Bd. 32, 1908.—D e r s., *Über Eclampsia neonatorum*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 65, 1910, S. 52.—F i n k e l s t e i n, *Lehrbuch der Säuglingskrankheiten*, 3. Aufl. Berlin, 1924.—F i s c h l, *Quellen und Wege der septischen Infektion bei Neugeborenen*, Volkmann's Samml. klin. Vortr., Nr. 220, 1890.—v. F r a n q u e, *Über ödliche Affektionen der Magen- und Darmschleimhaut, nebst Bemerkungen zur Melaena neonatorum*. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 10, 1907, S. 187.—G o m p e r z, *Pathologie und Therapie der Mittelohrentzündungen im Säuglingsalter*, Wien, 1906.—H e n s c h e n, *Zentralbl. f. Gyn.*, 1913 (Fontanellenpunktion).—H ö g l e r, *Zur Pathogenese der Melaena neonat*. Wiener klin. Wochenschr., 1925, S. 13.—I b r a h i m, *Krankheiten der Neugeborenen*. Döderlein's Handb. d. Geburtsh., Bd. 3, München u. Wiesbaden, 1920.—v. J a s c h k e, *Physiologie, Pflege und Ernährung des Neugeborenen einschliesslich der Ernährungsstörungen bei Brustkindern*, 2. Aufl. München, 1927.—D e r s., *Schädeltrauma und praktische Geburtshilfe*, Arch. f. Gyn., Bd. 134, 1928, ferner Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 34, 1926.—K n ö p f e l m a c h e r, *Der habituelle Icterus gravis und verwandte Krankheiten bei Neugeborenen*. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. 5, 1910, S. 205.—D e r s., *Erkrankungen des Neugeborenen*. Pfäundler-Schlossmann's Handb. d. Kinderheilk., Bd. 1, 2 Aufl., 1910.—K r e s s, *Masern und Gestation*. Dissertation, Giessen, 1919.—L a b h a r d t u. W a l l a r t, *Über Pemph. neonat. simplex congenit*. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.,

¹ В последнее время с большим успехом применяется профилактическая вакцинация детей туберкулезных матерей вакциной Кальметта—Герена (BCG). Полуценные до сих пор данные говорят о том, что этот метод профилактики оказывается весьма действительным.—С. Р.

Bd. 61, 1908, S. 600.—F. Lange und H. Spitzzy, Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter. Pfaundler-Schlossmann's Handb. der Kinderheilk., Bd. 5, Leipzig, 1910.—Leiner, Hautkrankheiten der Neugeborenen. Sammelref. i. d. Gynäk Rundschau, Bd. 1, 1907, S. 805; Bd. 2, 1908, S. 411; Bd. 3, 1909, S. 454; Bd. 4, 1910, S. 606; Bd. 5, 1911, S. 896.—v. Mikulicz-Radecki, Intrakardiale Adrenalininjektion usw. Zentralbl. f. Gyn., 1922, Nr. 39.—E. Müller, Zur Behandlung der angeborenen Syphilis. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 24, 1923.—P. Müller, Die Puerperalinfektion der Neugeborenen, Gerhard's Handb. f. Kinderheilkunde, Bd. 2, S. 159. Tübingen, 1877.—Nyhoff, Zur Pathologie des Hydrops foetus univers., Zentralbl. f. Gyn., Bd. 35, 1911, S. 808.—M. Ogata, Neue Methoden zur Wiederbelebung scheinotgeborener Kinder. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 12, 1908, S. 79.—Peiser, Über Lungenatelektasen. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 67, 1908, S. 589.—J. Pfannenstille, Über den habituellen Icterus gravis der Neugeborenen, Münch. med. Wochenschr. Bd. 42, 1908, S. 43.—Rivarola, Betrachtungen über Pathogenese und Behandlung, geburtshilflicher Lähmungen, Semain méd., 1926, No. 28. Ref. Berichte d. ges. Gyn. n. Geb. Bd. 11, 698.—Rommei, Frühgeburten. Pfaundler-Schlossmann's Handb. d. Kinderheilk., Bd. 1.—H. Rossenbeck, Anatomisches über die Fazialislähmung beim Neugeborenen, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 28.—M. Runge, Die Krankheiten der ersten Lebensstage, 3 Aufl., 1906.—B. S. Schultze, Über Scheintod Neugeborener und über Wiederbelebung scheinotgeborener Kinder. Samml. klin. Vortr. Gyn., 1918, Nr. 262/63.—P. H. Schwartz, Die geburts-traumatische Schädigung des Kopfes Neugeborener und ihre Bedeutung für die Pathologie, Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 34, 1926.—Он же und L. Finck, Morphologie und Entstehung der geburts-traumatischen Blutungen im Gehirn und Schädel des Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 40, 1925 (daselbst weitere Literatur).—Seitz, Über Hirndrucksymptome bei Neugeborenen infolge intrakranieller Blutung und mechanische Hirninsulte, Arch. f. Gyn., Bd. 82, 1907, S. 528.—Он же, Über operative Behandlung intrakranieller Blutungen bei Neugeborenen, Zentralbl. f. Gyn., Bd. 31, 1907, S. 921.—Он же, Über Lokalisation und klinische Symptome intrakranieller Blutergüsse Neugeborener. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 12.—v. Sichever, Ophthalmoskopische Untersuchungen Neugeborener. Bericht über die 34. Vers. d. ophthalmol. Ges. in Heidelberg, 1907, S. 201.—P. Sippel, Der angeborene Schiethals. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 135, 1920.—Soltmann, Sclerema neonatorum, Eulenburg's Enzyklop., Bd. 18, 1889, S. 345.—C. Stamm, Über kongenitalen Larynxstridor. Münch. med. Wochenschr., 1898, Nr. 38.—Он же, Krämpfe bei Neugeborenen. Arch. f. Kinderheilk., Bd. 58, 1912, S. 1.—Streilitz, Ein Fall von Winckelscher Krankheit., Arch. f. Kinderheilk., Bd. 11, 1890, S. 11.—H. Stroeheim, Über isolierte spastische Lähmungen beim Neugeborenen usw., Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 23.—Temesváry, Mittels Röntgenstrahlen geheilter Fall von lebensbedrohender Thymushyperplasie bei einem Neugeborenen, Zentralbl. f. Gyn., 1927, Nr. 20.—B. Teuffel, Zur Pathologie des Hydrops foet. univ. Zentralbl. f. Gyn., Bd. 35, 1911, S. 406.—Vassmer, Über Melaena neonatorum. Arch. f. Gyn., Bd. 89, 1909, S. 275.—F. Völcker, Dis Caput obstipum, eine intrauterine Belastungsdeformität, Tübingen, 1901.—H. Völckers, Zum Behandlung des Pemphigus neonat. und der Dermatitis exfoliativa mit Rivanol. Med. Klinik, 1926, Nr. 35.—Weisswange und Rietschel, Über Eklampsie bei Mutter und Kind. Münch. med. Wochenschr., 1909, S. 366.—E. Wieland, Dermatitis exfoliativa und Pemphigus neonatorum. Ergeb. d. inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. 24, 1923.—H. Wiedehof, Die Krankheiten am Nabel des Neugeborenen, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 5, 1861, S. 182.—Zangemeister, Über Tentoriumrisse, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 13.

ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

В. Штеккель (Берлин)

ОБЩИЕ ДАННЫЕ ОБ АКУШЕРСКОМ ОПЕРИРОВАНИИ

Самый совершенный знаток техники с загрязненными руками, акушер в резиновых перчатках, но не владеющий навыками, и акушер-невежда—самые опасные типы в акушерстве. Безупречная асептика, хорошая техника и способность правильно учесть любую акушерскую ситуацию представляют основные качества, необходимые для акушера-хирурга.

Эти три качества приобретаются, сохраняются и развиваются дальше только тогда, когда они находятся под длительным контролем неослабевающей, беспощадной самокритики. Недостаточность резкой самооценки покоится в конце концов или на глупости или на бесчеловечности. Оба эти качества с несомненностью обуславливают минимальную успешность работы. Кто недобросовестен в делах и помыслах, кто популист в анти-и асептике, кто легкомыслен в установке показаний к оперативному вмешательству—у того нет настоящего доверия к своим собственным мероприятиям, отчего он легко теряет присутствие духа и оперирует беспойно и плохо. Кто не может относиться к себе с надлежащей критикой, на всю жизнь останется плохим работником, потому что он ничему не научается из своих ошибок. Ссылаясь при неудачном исходе операции на неблагоприятное стечение обстоятельств, на особую трудность случая и пр., но отнюдь не на собственное несовершенство, он тем самым обнаруживает полное отсутствие сознания ответственности.

В акушерстве часто встречаются сложные ситуации, допускающие различные разрешения, из которых необходимо быстро найти и решительно выполнить правильное. Отсюда возникает необходимость выявить самое существенное, ясно и логически придя по возможности к простой постановке вопроса, т. е. акушеру надо проявить меньше теоретизирующей псевдоучености, чем здорового рассудка.

В Пруссии смертность матерей в зависимости от родов составляет 6 000, а детей—80 000 ежегодно.

Оперировать при родах нужно только тогда, когда это неизбежно или по крайней мере реально обосновано, т. е. когда имеются показания к оперативным мероприятиям.

Отдельные акушерские операции возможны далее лишь в тех случаях, где имеются условия для безопасного их выполнения. Показания и условия—вот основные вехи для акушерской мысли.

Показания являются первичным отправным пунктом для акушерской операции, условия—вторичным, допускающим их. Операция без показаний не обоснована, а при отсутствии необходимых условий невозможна или по крайней мере очень опасна.

Не существует никаких специальных показаний для отдельных акушерских операций, а имеются для них только общие показания в тех случаях, где нужно ускоряющим образом вмешаться в самопроизвольное течение родов. Акушерские показания могут исходить со стороны матери, ребенка или обоих одновременно. Целью акушерской помощи является—и мать и ребенка провести через роды живыми и здоровыми. К этой цели надо стремиться и в тех случаях, когда вследствие возникших во время родов осложнений мать или ребенок или оба вместе находятся в опасности. Однако не всегда, не везде и не всякий акушер может этого достигнуть. Это бывает недостижимо, когда угрожающая опасность

распознается слишком поздно, когда акушер не имеет достаточного опыта и навыка для выполнения необходимой операции или когда оперативное вмешательство приходится проводить в домашней обстановке. Раньше, когда существовал только один вид акушерской помощи, который можно было оказать везде, где только он был необходим, производились только классические акушерские операции (щипцы, поворот, перфорация). Кесарское сечение было лишь крайне редким исключением в операционной практике. Ныне существует три вида акушерской помощи: акушерская помощь в клинике, помощь, оказываемая специалистом на дому, и акушерская помощь на дому, оказываемая практическим врачом. В клинике возможны все оперативно-акушерские помощи, на дому акушерско-хирургическое вмешательство или не может быть проведено совсем или может быть частично проведено лишь акушером-специалистом.

За последние три десятилетия родовспомогательная техника значительно развилась в хирургическом направлении. Кесарское сечение стало теперь почти безопасной операцией¹, и область его применения значительно расширилась; однако проведение его всегда будет связано с помещением роженицы в клинику, ибо безопасность этой операции может быть обеспечена только наличием надлежащего помещения, необходимой аппаратурой и надлежащей ассистенцией. Операцией этой из года в год все более и более злоупотребляют². Ведется крайне легкомысленная пропаганда в пользу его с беззаботностью, основание которой можно усматривать только в отсутствии способности к размышлению. Благодаря этому осмысленная, добросовестная, выжидательная акушерская помощь находится теперь перед опасностью быть оттесненной на задний план бессмысленной нервной шаблонной оперативной деятельностью.

Это тройное деление в акушерской работе—стационар, врач-специалист и практический врач—должно быть добросовестно учтено, когда взвешиваются показания и изучаются условия для каждого из возможных методов акушерской помощи. Практический врач должен прежде всего достаточно рано поставить показание, чтобы иметь возможность своевременно обратиться к стоящим по своему акушерскому знанию рядом с ним или выше его инстанциям. Этого никогда не случается слишком рано, а очень часто—слишком поздно. Действительно сложные ситуации даже специалист и часто клиника не могут уже исправить так, чтобы и мать и ребенок остались в живых. Поэтому вслед за первым вопросом при установке показаний, нужно ли вообще в данном случае вмешательство, должен быть поставлен и второй вопрос—где и кем оно может быть лучше всего произведено. Это особенно настоятельно необходимо тогда, когда достижение идеальной цели—сохранение жизни матери и ребенка—или с самого начала или в процессе родов кажется практическому врачу сомнительным, либо даже совершенно невозможным. И только тогда, когда он против своей воли окажется вынужденным один нести ответственность, должен сам оперировать. Он должен тогда решить вопрос о способе, при котором имеются условия для родоразрешения в домашней обстановке, а так как перед ним будет несколько таких

¹ Средняя смертность матерей после него определяется в настоящее время в 4%.—В. Г.

² Как часто в некоторых учреждениях применяется теперь эта операция, показывает пример Джефферсон-госпиталя в Филадельфии (Америка): в 1924 г. из 362 родов, бывших здесь, 55 (1:6) были окончены кесарским сечением. По данным Швейцера в 61% всех случаев, где в Лейпцигской клинике было применено кесарское сечение, по прежним показаниям эта операция не должна была бы иметь место.—В. Г.

способов, то избрать среди них тот, которым он лучше владеет, дабы сохранить жизнь и здоровье матери. Если при этом жизнь последней и жизнь ребенка вступают в конфликт таким образом, что лишь одна из них может быть сохранена, а другой надо пожертвовать, тогда принципиально он должен ценить жизнь матери выше, чем жизнь ребенка, не боясь встать перед жестокой необходимостью убить еще живого ребенка в теле матери. Если он этого не сделает, то обычно погибают и мать и ребенок. Этические и юридические возражения лишены смысла в таких вынужденных положениях, перед которыми стоит предоставленный самому себе практический врач.

Приведем два примера различных операционных вмешательств при вынужденных показаниях.

1. III-para, узкий таз, воды отошли 18 часов назад, угрожающий разрыв матки, ребенок жив, головка стоит подвижно над входом в таз, зев открыт на ладонь. В прежнее время в таком случае необходимо было тотчас же приступить к перфорации головки,—ничего другого нельзя было предпринять. В настоящее время в подобном случае можно снасти мать и ребенка путем кесарского сечения, если только есть возможность оказать роженице своевременную клиническую помощь.

2. II-para, поперечное положение, живой ребенок, выпадение пуповины, открытие зева на 2 пальца. Прежде в подобном случае не оставалось ничего другого, как прибегнуть к вправлению пуповины, при которой ребенок часто погибал от асфиксии, и сделать поворот. В настоящее время можно при благоприятных условиях получить живого ребенка с помощью кесарского сечения.

Основными абсолютными показаниями к оперативному вмешательству являются:

1) значительное несоответствие между плодом и тазом (узкий таз, чрезмерная величина ребенка, головная водянка его);

2) абсолютное препятствие для родов (лежащие в тазу опухоли, высокая степень сужения мягких родовых путей—сращения, рубцы);

3) угрожающие жизни матери осложнения, обусловленные беременностью или родами (эклампсия, предлежание последа, угрожающий разрыв матки, лихорадка вследствие инфекции половой сферы).

В отношении значения лихорадки мнения расходятся: некоторые авторы, как Хенгель, Зигерт и др., не считают ее показанием к оперативному родоразрешению¹.

4) Угрожающие жизни матери осложнения, возникшие вне половой сферы (острый колапс, значительная недостаточность сердца, резкая недостаточность почек);

5) замеченная опасность для жизни плода (падение сердцебиения плода без или с отхождением мекония, кровотечение при оболочечном прикреплении пуповины, выпадение пуповины).

При замедлении сердцебиения плода часто поверхностный хлороформный наркоз приносит заметное восстановление его частоты, которое иногда остается устойчивым так, что необходимость вмешательства отпадает. В других случаях оно сохраняется настолько долго, что врач может спокойно подготовиться к операции (Лейц, Фрей, Уильком).

Во все показания преследуют одинаковые терапевтические цели: одни требуют немедленного окончания родов (напр: угрожающий разрыв матки, опасность для жизни ребенка); при других можно ограничиться ускорением родов (напр. при лихорадке во время родов вследствие инфекции половой сферы); третьи требуют изменения к лучшему акушерской ситуации (напр. остановку кровотечения при предлежании последа).

¹ Также и эклампсия не всегда и не всеми признается абсолютным показанием для оперативного вмешательства.—И. Ф.

Следует отметить также разницу в оценке показаний, зависящую от научного прогресса, опыта и различной установки специалиста-акушера (напр. чисто выжидательная лекарственная терапия, быстрое родоразрешение и средний образ действий (Энгельман) при эклампсии).

Помимо абсолютных показаний существуют еще относительные, при которых вмешательство не является неизбежным, но вместе с тем бывает обосновано в тех случаях, когда ситуация при дальнейшем выжидании становится сомнительной, а ускорение, гестр. окончание, родов ведет к благоприятному исходу, или когда плодоразрешение беременной бывает связано с крайне длительными и мучительными родами. Однако и здесь нет одинаковых правил для всех акушеров. Опыт и искусная техника обуславливают громадную разницу в возможностях. Клиницист и акушер-специалист могут гораздо больше расширить границы относительных показаний, нежели малоопытный врач. Однако все они в одинаковой мере должны стремиться к тому, чтобы предотвратить неправильную установку показаний—тем более, что от относительных показаний до необоснованных только один небольшой шаг.

Увлечение оперативной деятельностью или стремление ликвидировать при помощи операции возникающие при родах затруднения заслуживают всемерного осуждения.

Наиболее известный пример для оправдания относительных показаний представляют выходные щипцы при вторичной слабости родовых схваток, не устраняемой питуитрином: кто накладывает их хорошо, тот вправе это показание сохранить; тот же, кто при этом инфицирует роженицу или производит разрыв промежности третьей степени, должен отказаться от него. Здесь надо соблюдать правило «Primum non nocere».

Практический врач должен таким образом многое обдумать и точно взвесить, прежде чем он на что-либо решится.

Настойчивые вопросы и полные страха мольбы самой роженицы, ее родственников и акушерки не должны изменять принятого врачом решения. За неудачу в конечном счете он будет ответствен один. Однако, с другой стороны, он не должен бояться того, что признано им необходимым, а должен энергично выполнить это. Скороспелый полупрагматик—плохой акушер, а неспособный к размышлению, чересчур трусливый нигилист еще хуже. Часто даже весьма добросовестные врачи из страха перед возможностью пuerперальной инфекции после операции пропускают время для вмешательства и затягивают выполнение последнего настолько, что оно оказывается уже запоздалым. В особенности это бывает в тех случаях, когда страх врача основан на прежних его неудачах.

Если врач уже начал операцию, он должен довести ее до конца. Можно и должно во время операции в случае необходимости изменить способ вмешательства (напр. перейти от щипцов к перфорации, когда установлено, что ребенок тем временем погиб), но нельзя бросать операцию на том основании, что она «не выходит».

Для оперирующего акушера безусловно необходима известная физическая сила. Сознание наличия последней придает ему спокойную уверенность. Тот, кто с самого начала страшится, что у него нехватит необходимой силы, от волнения и страха делает судорожные усилия, производит дергающие, порывистые движения, при которых может особенно легко нанести тяжелые повреждения. Поэтому явно слабые люди не могут быть хорошими акушерами.

Наконец акушер должен уметь импровизировать надлежащую обстановку в домашней обстановке больной. Комфорта операционной комнаты он конечно при этом не может достигнуть; но если напр. при разрыве шейки у него нет под руками зеркала, то его можно заменить про-

кипяченной металлической ложкой (А. Мюллер)¹. Кто не умеет отличить существенного от несущественного и с чрезмерной педантичностью теряет время на мелочи, кто не умеет быстро оказать помощь в случае острой нужды, когда школьные предписания не могут быть полностью выполнены, тот не будет иметь ни радости ни успеха в акушерской помощи на дому².

Подготовка к операции не должна быть слишком торопливой, особенно не следует при ней делать упущений в отношении анти- и асептики. Никогда или почти никогда не следует спешить настолько, чтобы сокращать антисептические мероприятия. Надо всегда помнить, что даже блестящий успех операции сводится на-нет, если родильница погибнет от сепсиса.

Роженица готовится к операции так же, как и к самопроизвольным родам. Если эта подготовка была произведена уже раньше, тогда у ней делается повторная дезинфекция наружных половых органов. Влагалище проспринцовывается 0,5% мыльно-крезоловым раствором или 1% раствором лизола и после введения заднего зеркала протирается ватным тампоном. В результате этого оно отнюдь не делается совершенно свободным от микроорганизмов, но становится беднее ими; Вместо дезинфекции наружных половых органов путем мытья с водой, мылом и раствором крезола можно применять смазывание их йодной настойкой, причем смазывать надо от лобка до промежности и верхнюю треть внутренней поверхности бедер.

Когда это позволяет время, я предварительно произвожу мытье и таким образом комбинирую оба метода в тех случаях, где нужна бывает особая осторожность. Смазывание йодной настойкой надо производить в конце подготовки, после влажного спринцевания.

Оперирующий обрабатывает свои руки горячей водой, спиртом и раствором сулемы и надевает резиновые перчатки. Без сомнения все операции надо рекомендовать производить в этих последних, ибо только тогда руки оперирующего единственно являются действительно асептичными.

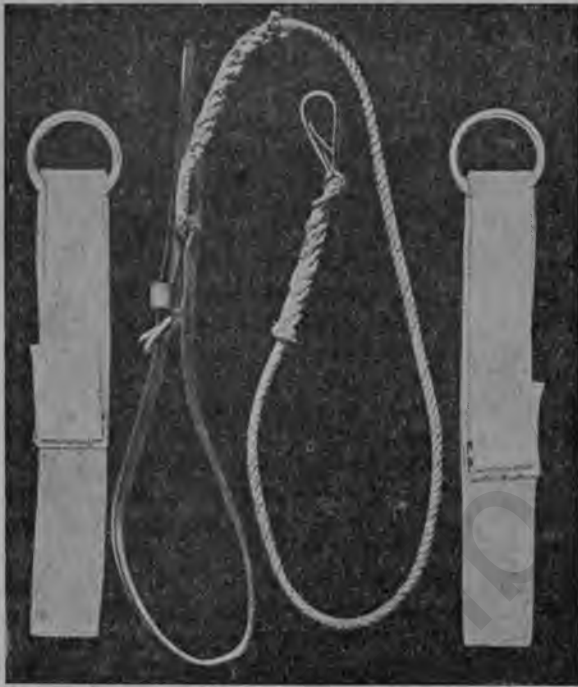
Вопрос о дороговизне перчаток не может играть никакой роли там, где речь идет о здоровье и жизни женщины. Тактильная чувствительность при них понижается крайне незначительно. Резиновые перчатки конечно должны быть предварительно простерилизованы.

Инструменты, которые могут оказаться необходимыми при операции, тотчас после прихода акушера кипятятся и для охлаждения помещаются в таз с холодным раствором лизола (0,5%).

Кипящая вода должна быть всегда под руками оперирующего акушера. Иногда может понадобиться повторное кипячение инструментов, напр. при падении их на пол. Прибавление небольшого количества соды к кипятку предохраняет инструменты от ржавчины. Непосредственно по окончании операции инструменты чистятся, и лучше всего их еще раз прокипятить, чтобы быстро и верно уничтожить всех имеющихся на них микробов. В клинике инструменты затем помещаются в стерильный полотняный мешок и таким образом становятся вновь готовыми к употреблению в случае экстренной надобности. Практический врач большей частью не может со-

¹ Прототип современных влагалищных зеркал.—И. Ф.

² При отсутствии стерилизатора небольшие инструменты можно простерилизовать кипячением в обыкновенной кастрюле, для стерилизации же более громоздких, каковы шипцы, перфораторы, краниокласты, можно воспользоваться самоваром.



445. Поликлинический ногодержатель.

хранить инструменты настолько стерильными, чтобы вполне избежать их загрязнения. Он должен поэтому при каждой операции производить предварительное кипячение инструментов, что является хотя и более сложным, но совершенно неизбежным.

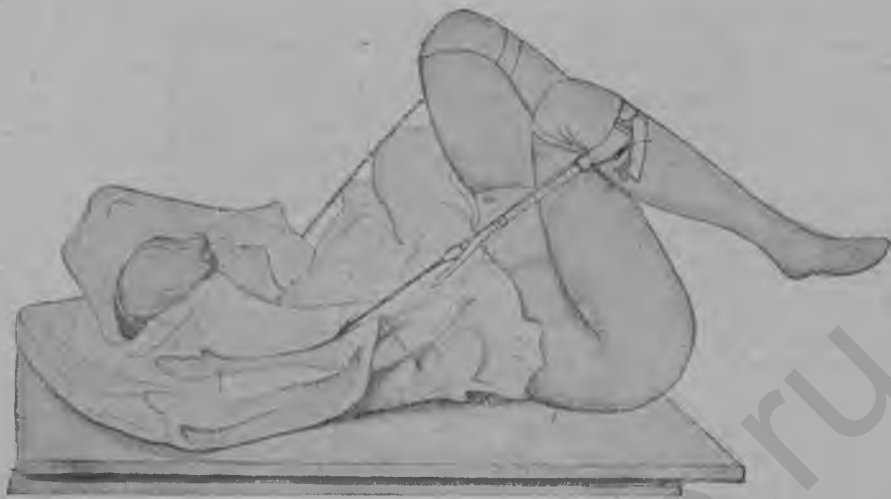
Существует большое количество инструментальных акушерских наборов, рассчитанных на индивидуальный вкус врача.

Акушерский набор инструментов должен содержать в себе по крайней мере следующие инструменты: 1) щипцы Негеле¹, 2) перфоратор Негеле², 3) краниокласт, 4) ножницы Зибольда, 5) костные щипцы, 6) скальпель, прямые и куперовские ножницы, 7) крючок или трахелоректор для денанитации, 8) петлю для поворота, 9) иглодержатель с набором больших сильно изогнутых игол, 10) заднее и переднее рукавные зеркала, 11) под-кетгут, шелк и силькворм, 12) четверо щипцов для захватывания шейки и двое крепких щипцов Колена, 13) пара пулевых щипцов, 14) четыре артериальных зажима, 15) два хирургических пинцета, 16) один анатомический пинцет, 17) инструменты для производства аборта: три пюретки разной величины (а также абортцанг), инструмент для тампонации матки, металлические расширители от № 11 до № 20, 18) два маточных катетера Фрич-Воземана (один большой и один маленький), 19) два стеклянных наконечника для спринцевания, 20) каучуковый иригатор, 21) метрейринтер, 22) кольпейринтер, 23) стеклянный шприц с делениями в 100 см³, 24) несколько шприцев Праваца, 25) две дюрессеновских коробки с иодоформной³ марлей, 26) две щетки для дезинфекции рук, 27) два трахеальных катетера со стеклянными шариками, 28) резиновый катетер, 29) мужской металлический и несколько прямых стеклянных катетеров, 30) стетоскоп, 31) максимальный термометр,

¹ У нас в Союзе чаще всего употребляются английские щипцы Симпсона.—В. Г.

² У нас в Союзе в большем ходу весьма удобный перфоратор Феноменова, представляющий комбинацию трепановидного проводника с копьевидным.—В. Г.

³ Или стерильной.—В. Г.



546. Поликлинический ногодержатель *in situ*. На голени накладываются матерчатые подвязки, удерживающий шнур прикрепляется к левой подвязке карабином, обводится сзади защищенного подушечкой затылка и привязывается к правой подвязке при помощи ремня. Укорочением последнего достигается максимальное сгибание ног.

32) сулемовые таблетки, 200 см³ 95° алкоголя, сода, 33) питугландол, секакорнин, гинерген, камфора, кофеин, морфий, 34) кусок резинового полотна для подстилки, 35) мешочек со стерильными тампонами, 36) ногодержатель Микулич-Радецкого¹, 37) резиновый операционный фартук, 38) большие зажимы, 39) момбурговский жгут и компрессорий Гофмана, 40) аппарат для наркоза.

Если возникает необходимость в наркозе (производить большие акушерские операции—щипцы, поворот, перфорацию—без наркоза крайне неудобно), то в таком случае лучше всего пригласить второго врача. В крайнем случае наркоз может быть начат врачом, а затем передается акушерке, которая проводит его под контролем и руководством оперирующего.

Использовать для этой цели мужей можно только с большой осторожностью, потому что они часто бывают крайне возбуждены, всю ситуацию расценивают как нечеловеческое мучение и нередко внезапно падают в обморок в тот момент, когда выполнение акушерской операции находится в самом разгаре.

ПОЛОЖЕНИЕ РОЖЕНИЦЫ ПРИ АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Обычным положением является положение на спине, которое и при нормальных родах предпочитается самой роженицей.

Родить в стоячем положении женщина не в состоянии. Много десятилетий назад в одной клинике беременным предлагалось разрешаться стоя с наградой в размере 20 марок (по тем временам—большие деньги), и однако эта награда не была получена никем. Некоторые роженицы во время потуг садились на корточки, а большинство принимало лежачее положение.

¹ Наиболее практичным ногодержателем является ногодержатель Отта.—В. Г.

Против положения на боку, которое предпочитается некоторыми женщинами, возражать не приходится. Защита промежности выполнима в обоих положениях. Иногда отмечается, что положение на спине, на правом или левом боку вызывает лучшую родовую деятельность и потому является предпочтительным. Акушерские операции обычно производятся на поперечной постели в так называемом «положении для камнесечения».

Роженица лежит поперек кровати так, что ее зад приходится на край постели. Если нет ногдержателя, то помощники поддерживают ее ноги, захватывая одной рукой ступню, другой—колени. Ноги должны быть разведены и во всех суставах сильно согнуты. Под зад роженицы подкладывается клеенка (или резиновое полотно), свободный конец которой опускается в ведро, стоящее около постели. Если кровать является неподходящей (низка, ветха, неудобна), то роженицу надо положить на стол.

Временной мерой может служить «полупоперечная» кровать, на которую роженица ложится наискось, причем одна нога ее полусогнута и упирается в кровать, а другая захватывается, как выше описано, или ставится на стул; зад роженицы наполовину выдается за край постели.

Некоторые акушеры (Фрич) предпочитают при известных операциях, а именно при повороте, тампонации матки и зашивании промежности, положение на боку. Не надо отрицать, что действительно поворот нередко удается при этом легко, а при других операциях можно бывает ограничиться помощью одного лица или даже обойтись без нее. Зад роженицы лежит при этом на краю кровати, нижняя нога ее наполовину вытянута, верхняя сильно согнута и удерживается в этом положении помощником. Верхняя часть туловища сгибается в направлении к согнутому колену.

При переходе женщины из спинно-крестцового положения в боковое, особенно при висящей половой щели у многородящих, возможно вхождение воздуха во влагалище с последующей воздушной эмболией (особенно при предлежании детского места).

Кто не привык оперировать в положении на боку, обычно при этом и хуже ориентируется.

Положение на боку может в терапевтическом отношении оказаться очень полезным:

1. При механизме родов с затрудненной ротацией головки. Роженица кладется на ту сторону, куда обращена та часть, которая должна идти первой и повернуться кпереди, а именно при затылочном положении—на сторону малого родничка, при теменном предлежании—на сторону большого родничка, при лобном вставлении—на сторону переносицы, при лицевом—подбородка.

П р и м е р. Первое затылочное положение, стреловидный шов в первом ко-
сом разрезе, стоящий слева и спереди малый родничок несмотря на хорошую родовую деятельность не подходит под лоно. Тогда роженица кладется на левый бок, причем дно матки опускается в левую сторону, осевое давление плода направляет затылок во время схватки к правой тазовой стенке, затылок отодвигается слева, одновременно приподнимается и становится способным к смещению, что облегчает поворот головки малым родничком кпереди.

Особенно следует рекомендовать боковое положение при низком поперечном стоянии головки, когда последняя, пройдя через малый таз, должна проделать поворот уже на тазовом дне,—при лицевом положении, при котором роды живым ребенком зависят от поворота подбородка кпереди, и при теменном предлежании. Успеха от положения на боку следует ожидать однако лишь в тех случаях, когда оно рано применено и сохраняется в течение достаточно продолжительного времени.

2. Для предупреждения повторного выпадения пуповины или мелких частей, после того как они заправлены, роженица кладется на бок, противоположный тому, с которого вышали части.

Пример. Пуповина выпала справа от головки и была вправлена. Женщина положена на левый бок. Вследствие осевого давления плода головка прижимается к правой стенке таза и таким образом закрывает вход в таз.

В этих случаях данный способ является сомнительным и хуже метрейриза, предотвращающего повторное выпадение. Лучше всего при выпадении применить ускоренное родоразрешение с помощью поворота и извлечения.

3. При предлежании ручки рядом с головкой. При этом женщина кладется на сторону, противоположную предлежащей ручке, т. е. на сторону головки, которая опускается ниже ручки и препятствует ее выпадению при разрыве плодного пузыря.

Положение с приподнятым тазом рекомендуется Буммом при всех тех операциях, когда приходится вводить руку в полость матки, т. е. при повороте, низведении ножки и т. д. Благодаря происходящему при нем опусканию матки в сторону диафрагмы предлежащая часть отходит от входа в таз, и таким образом облегчаются проникновение в полость матки и оперирование в ней. Некоторую опасность представляет только при этом возможность вхождения в матку воздуха с последующей воздушной эмболией.

Коленно-локтевое или коленно-грудное положения действуют таким же образом, как и положение с приподнятым тазом. Они могут быть полезны в случаях выпадения пуповины, особенно же рекомендуются при выправлении ретрофлексированной матки.

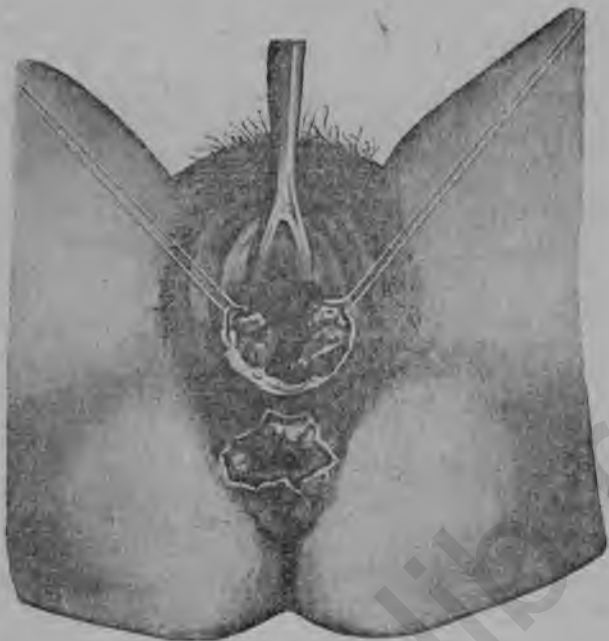
Женщина становится на кровати на колени и сгибает туловище до тех пор, пока она не сможет опереться на локти или, еще лучше, пока кровати не коснется ее грудь, при вынутых вперед руках. Зад остается при этом высоко стоящим, спина лордотически изогнутой. Если в этом положении раскрыть половую щель, воздух проникает во влагалище и расширяет его с такой силой, что мобилизованная изменением положения матка отнесется вверх в брюшную полость, и одного этого бывает достаточно, чтобы матка выправилась, или же это достигается незначительным надавливанием со стороны заднего свода. Нет лучшего метода выправления ретрофлексированной матки во время беременности.

Вальхеровское положение: роженица лежит на поперечной постели, причем зад ее с помощью подушки приподнимается, а ноги свободно свисают вниз. Благодаря этому происходит ротация в крестцово-подвздошных сочленениях, ведущая к увеличению прямого размера входа (Г. Клейн)¹. Положение это применяется при плоском тазе и может быть комбинировано с вдавлением головки во вход таза через брюшные покровы по Хофмейеру и Фричу (рис. 309 и 310).

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ, ЭПИЗИОТОМИЯ И ЗАШИВАНИЕ РАЗОРВАННОЙ ПРОМЕЖНОСТИ

Разрыв промежности может быть различной величины. Различаются три степени их: I степень—разрыв влагалища и задней слайки, захватывающий кожу промежности на протяжении самое большее 2 см; II степень—разрыв мускулатуры промежности, причем однако остается ненарушенным сфинктер заднего прохода или по крайней мере часть его,

¹ Увеличение это очень невелико,—по исследованиям Лебедева и Бартошевича прямой размер входа в таз увеличивается при переходе женщины из горизонтального положения в вальхеровское всего на 3 мм; прямой размер выхода таза при этом соответственно уменьшается.—В. Г.



447. Центральный разрыв промежности. Края разрыва влагалища приподняты швами.

видимая в ране; III степень — разрыв мускулатуры промежности и наружного сфинктера заднего прохода, захватывающий частично и переднюю стенку прямой кишки¹.

Помимо того может произойти иногда центральный разрыв промежности, при котором промежность рвется в центре, между тем как в области задней спайки ткани остаются целыми. В этиологии его играют роль высокая промежность и незначительное наклонение таза. При родах плод может тогда пройти через образовавшееся в промежности отверстие, причем задняя спайка надрывается очень редко.

Я наблюдал однажды случай, где локтем, шедшим вместе с головкой, был произведен центральный разрыв промежности, сквозь который выпала ручка плода. После того как головка родилась через рукав, ручка отошла обратно во влагалище (рис. 547).

Всякий разрыв промежности начинается с разрыва влагалища, который возникает слева или справа от *columna rugarum posterior* и часто остается незначительным, редко достигая при самопроизвольных родах 4 см. Если при врезывании или прорезывании головки начинается кровотечение, это указывает на образование разрыва слизистой рукава. Иногда дело ограничивается одним разрывом влагалища, но чаще он влечет за собой разрыв промежности, который всегда происходит изнутри наружу.

¹ Разрыв этот называется также полным, тогда как разрывы I и II степени называются неполными.—В. Г.

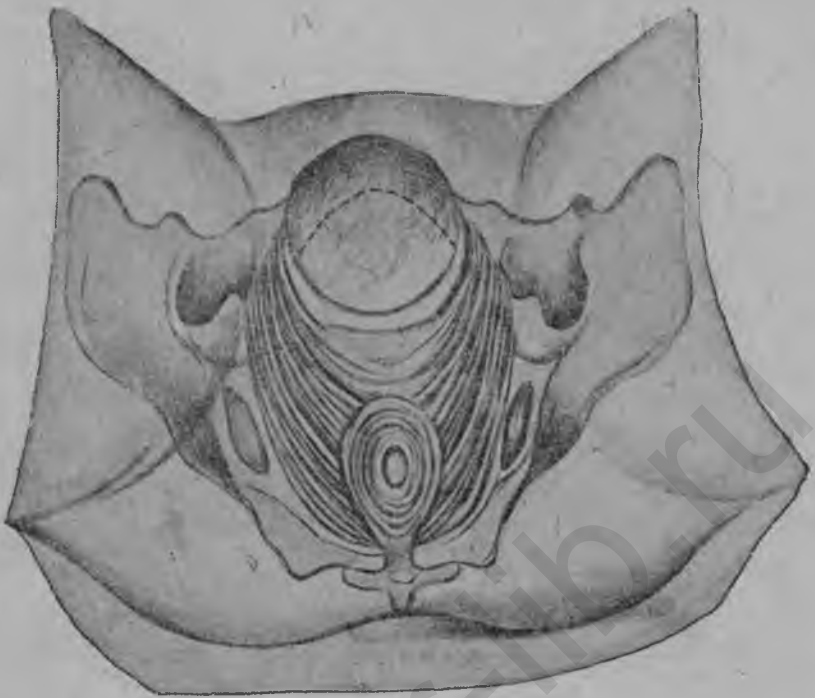


548. Старый разрыв промежности III степени с выпадением прямой кишки. На нижнем крае наружного отверстия уретры небольшая карункула.

Разрывы задней спайки зашивать необязательно. Напротив, целостность промежности при разрывах II и III степеней должна быть безусловно восстановлена, в противном случае позднее наступает опущение влагалища, так как дефект тазового дна (леватора) образует из мочеполового отверстия (*hiatus genitalis*) грыжевые ворота для внутренних половых органов.

Промежность выполняет роль опоры, поддерживающей влагалище. На ней покоится задняя стенка влагалища, к которой непосредственно прилежит передняя. Если целостность этой опоры нарушена, то прежде всего опускается задняя стенка вагина, за ней следует передняя, и наконец опускается матка (*descensus vaginae et uteri*). Тогда необходима пластическая операция, которую можно было бы предотвратить своевременным зашиванием промежности.

При разрыве III степени возникает кроме того недержание кишечного содержимого (неспособность произвольно удерживать каловые массы и газы). Это состояние является чрезвычайно мучительным. На ягодицах и на бедрах больной, постоянно загрязняемых калом, возникает болезненная эритема, а постоянное зловоние заставляет женщину удаляться из общества и уходить с работы. Конечно разрывы промежности заживают и без зашивания, но заживление их происходит тогда неправильно, и функция разорванной мускулатуры остается невозстановленной. Ткани, отклонившиеся при разрыве вправо и влево, оттягиваются и расходятся все больше в стороны. Образовавшаяся между ними щель



549. Прорезывание головки без разрыва промежности. Головка приспособляется хорошо к широкой лонной дуге и неслишком растягивает промежность.

выполняется грануляциями и дает в заключение мозолистый рубец, который не может заменять мускулатуры тазового дна в качестве опоры влагалищных стенок. Даже при разрыве III степени наступает заживление без зашивания разрыва. При этом если сфинктер разорван лишь частично, то рубец стягивает ткани настолько, что женщине удается удерживать хорошо оформленный кал, и только жидкий стул и газы отделяются произвольно (рис. 548).

Воззрения на выгодность поддержания промежности в смысле ее сохранения начинают за последнее время изменяться. Между тем как раньше считали за особенное искусство не допустить до разрыва высокую промежность у пожилых первородящих, теперь раздаются голоса, возражающие против «борьбы между маткой и левой рукой акушера» (Шнейдер). В подобных случаях, хотя кожа промежности и не рвется, но в результате длительного давления задерживаемой при прорезывании головки происходят настолько сильная анемия и перерастяжение мышц и фасций тазового дна, что даже при отсутствии разрыва их они неправильно повреждаются, и развитие выпадения в будущем является неизбежным (Букура, Хенкель), или разрыв происходит сбоку и ножка леватора разрывается или отрывается (Яшке), что в дальнейшем также способствует развитию опущения влагалища. Поэтому названные авторы рекомендуют в подобных случаях производить ранний профилактический срединный разрез промежности по Отту, т. е. принципиально применять углубленную и расширенную эпизиотомию.



550. Прорезывание головки с разрывом промежности. Головка не приспособляется к остроугольной лонной дуге и слишком сильно растягивает промежность.

Последняя была впервые предложена Михаэлисом (1810 г.) для предупреждения больших разрывов промежности. Он рассекал промежность в области задней спайки. Позднее стали применять боковые разрезы на расстоянии 2 см от средней линии, рассекая ножницами в направлении к седалищным буграм вульву, т. е. слизистую, кожу и лежащую под нею фасцию промежности с поверхностными пучками *m. constrictor cunni*. Обычно бывает достаточно одного разреза, лучше справа. При происшедшем уже разрыве задней спайки он продолжается путем рассечения тканей ножницами в направлении разрыва. Величина разреза колеблется в зависимости от особенностей случая. Слишком малых разрезов лучше избегать, так как при них наблюдаются дальнейшие надрывы тканей. В последнее время вновь рекомендуется предложенная раньше срединная эпизиотомия.

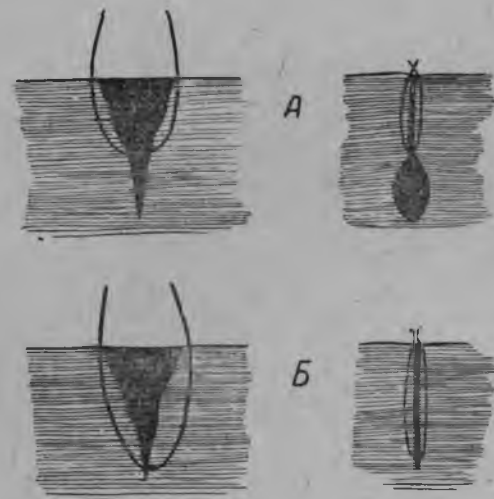
У первородящих и у женщин, которые раньше подвергались операциям по поводу выпадения, а также и у тех рожениц, у которых наблюдается затяжной период изгнания вследствие сопротивления со стороны тазовой мускулатуры, Хенкель рассекает промежность до самого сфинктера. Так же поступают Яшке и Гуммерт, когда они видят, что прорезывающаяся головка не может подойти под лонную дугу.

Расширенный боковой разрез влагалища и промежности по Дюрсен-Шухарду, захватывающий глубокую мускулатуру тазового дна, является подсобной операцией, имеющей большое значение при тяжелых извлечениях плода за тазовый конец или щипцами.

Бумм у пожилых первородящих при тазовом положении начинает извлечение всегда с такого разреза. Я также считаю, что судьба ребенка зависит в значительной

мере от этого увеличения половой щели. «Родовой канал укорачивается при этом наполовину и теряет свою главную кривизну. Он уподобляется короткому, совершенно прямому цилиндру» (Рик). Надо сюда прибавить, что этот цилиндр благодаря разрезу расширяется вдвое.

Произведенный хирургом глубокий гладкий разрез дает лучшее заживление, нежели разрыв, возникающий в любом месте самопроизвольно, и так как он ведет к значительному расширению родового канала, то, будучи произведен своевременно, нередко может сделать излишними выходные щипцы. Однако нужно энергично предостеречь практического акушера от слишком ранних, частых и глубоких разрезов. Последние нужно производить там, где это действительно необходимо, и тогда, когда разрез может быть хорошо и правильно зашит. Плохое заживление разреза более опасно, чем подкожный разрыв промежности, так как последний не нарушает полностью поддерживающую силу тазового дна и кроме того вследствие своего периферического положения представляет меньше опасности в отношении инфекции.



551. После неправильного наложения шва в глубине раны остается слепой мешок, в котором скапливаются кровь и раневая секрет, через посредство нити шва вторично инфицирующиеся. При правильном наложении шва раневые поверхности тесно прилежат друг к другу.

А—неправильное наложение шва.
Б—правильное наложение шва.

Зашивание разрывов промежности

Зашивание разрыва промежности нужно производить, пока рана еще свежа и не загрязнена. Ошибочным является откладывание его с ночи до другого дня, хотя при этом зашивание становится технически более легким вследствие того, что отсутствует кровотечение из матки, заливающее операционное поле. Но и в тех случаях, когда врач вызван спустя несколько часов после родов, он все-таки должен зашить разорванную промежность. Зашивание загрязненной промежности по прошествии многих дней, напротив, является ошибочным.

Во время зашивания происходит обыкновенно отделение плаценты, которая после окончания операции может быть удалена по Креде. Зашивание по окончании последового периода требует вдвое больше времени, что неприятно как для врача, так и для роженицы, ибо непосредственно после рождения ребенка края раны вследствие растяжения тканей являются менее чувствительными, чем позднее. Поэтому же при зашивании можно обыкновенно обойтись без наркоза за исключением случаев, где имеются большие разрывы, или у слишком чувствительных женщин. Косметический эффект операции отступает на задний план

перед функциональным. Неважно, как выглядит зашитая промежность, если только она хорошо поддерживает половые части. Это бывает в том случае, если заживление в глубине промежностной раны оказывается хорошим, без щелей. Чтобы избежать позднего удаления нерассасывающегося материала для швов, следует шить сухим иод-кетгуттом, который удовлетворяет всем требованиям. Я зашиваю влагалище иод-кетгуттом, а на промежность кладу силькворм, который дренирует меньше, чем шелк и нитки¹.

Родильница во время зашивания промежности лежит на поперечной постели. Если иглодержатель, швейный материал, марлевые шарики, пинцет и ножницы лежат возле оператора, то он может довольствоваться помощью двух неподготовленных в медицинском отношении лиц, которые держат согнутые ноги родильницы, или даже одним лицом, которое поддерживает колени последней в то время, как ноги ее поставлены на стулья. У рассудительных и терпеливых женщин, которые могут лежать спокойно, даже никакой ассистенции не требуется.

Чтобы удалить с раны кровь, вытекающую из матки, лучше всего ввести во влагалище большой марлевый тампон. При введении его хорошо раскрывается половая щель и обнаруживается, где начинается разрыв. Здесь накладывается первый шов, длинные концы которого после завязывания захватываются зажимом. Рукоятки последнего можно передать для поддержания помощнику, для чего не требуется ни дезинфицированных рук ни медицинской подготовки. При неподнимании зажима верхний угол влагалищно-промежностной раны подтягивается наружу, и таким образом весь разрыв становится хорошо виден (рис. 552). Отступая на 1 см от первого, накладывают следующий шов, а затем края разрыва вплоть до самой задней спайки соединяют захватывающими дно раны узловатыми швами. Как только шов завязан, концы предыдущего шва отрезаются, и зажим с этого шва снимается. Вслед за наложением следующего шва предыдущий опять-таки обрезается. Таким образом рука ассистента, держащая зажимы, остается вне соприкосновения с операционным полем, на ручке зажима, поочередно захватывающего и отпускающего концы швов. Тех концов зажима, которые держат швы, рука ассистента не касается, так что они остаются асептическими несмотря на то, что руки помощника не дезинфицированы. При отсутствии ассистента сам оперирующий левой рукой подтягивает завязанный шов, а правой накладывает следующий.

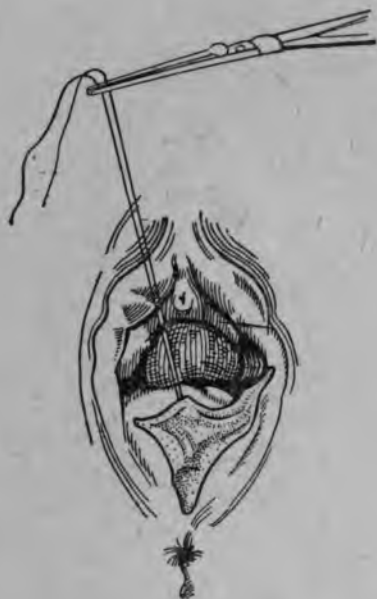
Таким же образом, т. е. широко захватывающими швами, проникающими через все ткани и проходящими по дну раны (рис. 553) так, чтобы в глубине ее нигде не оставалось пустого пространства (рис. 551), зашивается и промежность. Для этого, вколотив иглу близко около края раны, оперирующий проходит ею в сторону, затем проводит ее под дном раневой поверхности, так что игла становится видной только при выколе ее с другой стороны раны. Можно также после вкола иглы, достигающего дна разрыва, вывести ее через дно и вновь вколоть через дно, выводя на коже противоположной стороны. Основным является здесь захватывание в швы глубоких частей раны. Этого часто не делают из боязни проколоть прямую кишку. Неопытный врач может обеспечить себя от этого введением в прямую кишку пальца левой руки, одетого в перчатку, хотя понятие зашивание при этом становится менее удобным, — приходится сначала наложить все швы, а затем после снятия перчатки и последующей дезинфекции рук приступить к их завязыванию. Производство вкола и выкола близ самых краев раны предотвращает подгибание кожи, а также ущемление клетчатки между краями кожной раны при завязывании, и делает излишним поддержание этих краев пинцетами.

Фрич рекомендовал накладывать швы, вдетые на концах в две иглы, делая вкол в глубине раны и проводя одну иглу направо, а другую налево наружу. При широкой зияющей ране дно ее бывает тогда хорошо видно, и кроме того исключается возможность занесения микроорганизмов с кожи в глубину раны.

Я рекомендую врачам с малым опытом накладывать на разрывы промежности глубоко проникающие швы в один этаж вместо послонных, хотя последние в опытных руках при больших разрывах дают лучшие результаты. При послонном зашивании накладывается сначала ряд погружных швов на разорванную мускулатуру, а затем ряд поверхностных швов² на кожу. Необходимо при этом очень аккуратное

¹ Еще лучше соединять края кожного разрыва промежности скобками Михеля.—В. Г.

² Или еще лучше скобки Михеля.—В. Г.



552. Разрыв промежности II степени. В рукав введен марлевый шарик, чтобы кровь не заливала операционного поля. Первый шов на стенку рукава наложен, длинные концы его захвачены зажимом и натянуты, благодаря чему виден весь разрыв. В самом нижнем участке разрыва виден неповрежденный sphincter ani.



553. Зашивание разрыва промежности II степени. Над задним проходом в разрыве виден участок неповрежденной мышцы, сжимающей задний проход (sphincter ani externus). Запирание рукава окончено, накладывается первый шов на промежность.

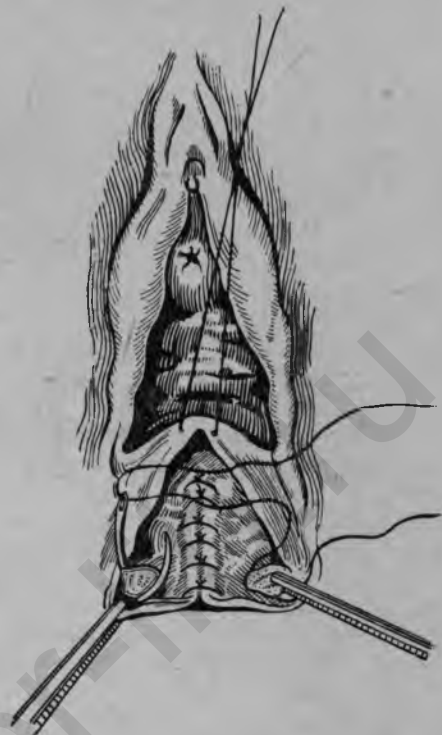
и асептическое наложение швов в целях предупреждения инфекции в глубине раны.

Особенно тщательно следует зашивать разрывы III степени. Ввиду того что при них рана часто сильно кровоточит, так как далее вследствие ретракции разорвавшихся мышечных пучков сфинктера они как бы исчезают в глубине и разрыв промежности непосредственно переходит в разрыв прямой кишки, то ориентировка здесь является затруднительной, почему наложение швов здесь легко может быть неправильным.

Прежде всего при таких разрывах надо зашить прямую кишку, края разрыва которой образуют почти прямую линию. Середина этой линии находится в верхнем углу раны. Картина становится яснее после нахождения концов разорванного сфинктера, которые лежат на границе краев раны и кожи в области заднего прохода, собранной в складки. При захватывании этих участков зажимами и подтягивании их к середине линия разрыва кишки выпрямляется, и разрыв этот зашивается кетгутowymi узловатыми швами (рис. 554). Захвачена ли при этом в шов слизистая кишки или нет,—это совершенно безразлично. Важно избежать довольно частой ошибки, заключающейся в особенном зашивании слизистой. После восстановления прямой кишки весьма важно наложение изолированного прочного шва на сфинктер. Оба



554. Разрыв промежности III степени, глубоко проникающий в прямую кишку. Края раны захвачены зажимами там, где оттянувшиеся концы сфинктера лежат под кожей. Внутренний конец разрыва влагалища подтянут вверх швом.



555. Разрыв промежности III степени. Разрыв прямой кишки зашит рядом узловатых швов из кетгута. Нить для сшивания сфинктера проведена через оба его конца. После завязывания ее разрыв III степени превращается в разрыв II степени.

конца последнего, лежащие у краев собранной в складку около заднепроходного отверстия кожи, прокалываются иглой, проникающей через всю толщу мышцы, и стягиваются двумя крепкими узловатыми кетгутовыми швами. После этого перед нами оказывается уже разрыв II степени (рис. 555), который зашивается по правилам, описанным выше (вначале зашивается разрыв влагалища, а потом разрыв промежности).

Центральные разрывы лучше всего путем разреза задней спайки превращать в открытые, зашивание которых не представляет ничего особенного.

Что касается последующего лечения зашитых разрывов промежности, то я обыкновенно назначаю в течение недели после родов влажные компрессы, смоченные в уксуснокислом глиноземе, которые предохраняют швы промежности от вторичной инфекции лохиями лучше, нежели сухие компрессы. Если при зашивании промежности применялись нерасщепляющиеся швы (из силькворма, шелка, ниток), то при нормальном течении послеродового периода они снимаются на 7-й день. Если первичное заживление отсутствует, то все швы немедленно удаляются. В этих случаях с помощью сидячих ванн, а позднее — применения ком-

прессов с мыльным мылом можно получить в функциональном отношении хорошие результаты, так как сшитые мышцы, долгое время находясь в контакте, не вполне расходятся друг от друга. Даже разрывы III степени могут при этом несмотря на заживление вторичным натяжением зажить настолько, что функция сфинктера вполне сохраняется. Так бывает однако лишь в случаях, где при обнаружении нагноения все нерассыавшиеся швы, поддерживающие нагноение, были удалены. Представление, что эти швы еще могут сколько-нибудь удерживать края разрыва, является в корне ошибочным.

Стул при разрывах II степени вызывается, как обычно, на второй день, а при разрывах III степени—начиная с 4-го дня (для этого 3 раза в день родильнице дают на кончике ножа жженую магнезию с ревенем, а на 6-й день 3 или 4 таблетки гистидина и ставится масляная клизма).

Повторная пластика в случаях отсутствия заживления является при разрывах III степени необходимой и должна быть произведена тогда, когда закончится обратная инволюция матки, когда исчезнут гиперемия и серозное пропитывание тканей и совершенно прекратятся выделения, т. е. когда будет уже уверенность в асептичности и прочности швов. Это время наступает в среднем через три месяца после родов; однако лучше прибегать к повторной операции позднее, чем раньше, несмотря на то, что само собой разумеется и родильнице и пользующему ее врачу хочется по возможности раньше устранить разрыв. При незаживлении разрывов II степени к оперативному пластическому восстановлению промежности нужно прибегать впервые, когда появятся признаки опущения влагалища, т. е. через несколько или даже через много лет, а иногда и никогда.

В последнее время опять рекомендуют в случае расхождения швов производить предложенное лет 50 назад повторное зашивание промежности на 2-й или 3-й неделе, если только температура у родильницы нормальна и выделения не обильны (Брандес, Рудольфсон). Пульвермахер получил при этом хорошие результаты даже при разрывах III степени, но я не могу рекомендовать этого способа.

Иногда из разрывов влагалища, заживающих вторичным натяжением, возникают в послеродовом периоде очень сильные поздние кровотечения.

ОПЕРАЦИЯ ЩИПЦОВ

Основными моделями щипцов нужно считать английские щипцы Смелли, французские щипцы Левре и немецкие—Негеле.

Щипцы Смелли представляют короткий инструмент с головной кривизной, без тазовой кривизны, с так называемым скользким замком (ложки их свободно скользят по вырезке взад и вперед).

Щипцы Левре представляют длинный инструмент с головной и тазовой кривизной и так называемым штифтовым замком (одна ложка имеет в рукоятке штифт, а другая в соответствующем месте—отверстие, в которое входит штифт).

Обе модели характеризуют различие в применении щипцов во Франции и в Англии: в последней долгое время накладывали щипцы только на низко стоящую головку.

Немецкие щипцы Негеле, до настоящего времени самые употребительные, являются прообразом многих модификаций (рис. 556). Они состоят из двух ветвей, которые перекрещиваются и соединяются в области замка. Левая ветвь содержит главную часть замка, захватывается левой рукой акушера и вводится в левую сторону матери. Правая ложка заключает в себе замковую вырезку, захватывается правой рукой



556. Щипцы Негеле.

акушера и вводится в правую сторону матери. Передняя часть каждой ветви (ложка), вводимая во влагалище, окончата и заканчивается закругленно. Задняя часть каждой ветви (рукоятка), захватываемая рукой акушера, большей частью имеет рубчатую поверхность и снабжена выступом (крючок Буша). Замок щипцов, сконструированный Брюингсхаузенем, представляет комбинацию английского скользящего и французского штифтового замков; на левой ложке имеется штифт, который входит в выемку, имеющуюся на правой ложке.

Сложенные щипцы имеют двойную кривизну: вогнутую, обращенную вправо и влево, позволяющую точно наложить ложки на выпуклую поверхность головки плода (головная кривизна), и изгиб ложек кверху, начинающая от замка до вершины ложек, соответствующий проводной линии таза (тазовая кривизна).

Само собой разумеется, что щипцы должны быть сделаны очень точно и деликатно из металла (длина их около 40 см, высота вершук 10—11 см от горизонтальной линии, ширина головной кривизны или диаметр щипцов около 7 см, расстояние между вершукками 1,5—2 см).

Условия для операции извлечения плода щипцами

1. Наружный зев должен быть открыт вполне. Если этого нет, то при извлечении головки шейка разрывается тем легче и тем больше, чем меньше было ее раскрытие. При этом чем глубже разрыв шейки, тем легче возможность поранения маточной артерии или ее влагалищной ветви, что ведет к тяжелому, угрожающему жизни кровотечению.

2. Головка плода должна стоять, как говсрят немецкие акушеры, «Zangengerecht», т. е. своей наибольшей окружностью должна уже пройти через вход таза. Проводная точка находится на уровне, ниже или немного выше интерспинальной линии. Чем глубже стоит головка, тем легче и безопаснее щипцы.

Часто под «Zangengerecht» понимают только такое вставление, при котором головка стоит в выходе таза со стреловидным швом в прямом размере.

Если головка своей наибольшей окружностью еще не вступила во вход таза, то она может быть отодвинута кверху в случае нужды под наркозом. В таких случаях всякая попытка применения высоких щипцов весьма опасна и поэтому не должна быть допускана. Иногда щипцы оказываются полезными при наличии очень мало или совсем не конфигурированной головки, которая в них может быть настолько сжата, что в состоянии пройти через таз. Таким образом щипцы иногда могут играть

роль сжимающего инструмента, хотя главная их роль—это роль влекущего инструмента. Они не должны служить для втискивания головки в таз, но только для извлечения ее, когда она уже опустилась в таз.

3. Плодный пузырь должен быть разорван, а если он цел, то его надо предварительно разорвать.

Поверх оболочек щипцы плохо держатся, они скользят. Кроме того влечение захваченных в щипцы оболочек может повести к преждевременной отслойке детского места.

4. Таз не должен быть настолько узок, чтобы головка не могла пройти через него.

Если он слишком сужен, то головка остается над входом и таким образом не находится в состоянии «Zangengerecht». Иногда, хотя и очень редко, таз может быть впрочем сужен не во входе, а в выходе (воронкообразный таз).

5. Головка плода не должна быть ни слишком большой (как то бывает при гидроцефалии) ни настолько малой (при аненцефалии), что щипцы не могут захватить ее.

Гидроцефалическая головка всегда остается стоять над входом в таз и таким образом никогда не находится в состоянии «Zangengerecht». Несмотря на это она нередко служит объектом противопоказанной здесь операции щипцов, что часто ведет к тяжелейшим, смертельно заканчивающимся разрывам мягких частей матери (большие разрывы шейки, разрывы матки). При ней ложки щипцов настолько широко расходятся, что их не удается замкнуть. Головка аненцефала настолько мала, что и замкнутые щипцы ее не могут фиксировать¹.

6. Ребенок должен быть жив. При мертвом ребенке предпочтительно или выжидание самопроизвольных родов или перфорация.

Различие в показаниях к данной операции в отдельных клиниках ведет к весьма различной частоте ее (Гейдельберг—1,35%, Базель—1,36%. Иннсбрук—2,10%, Будапешт—2,3%, Геттинген—2,90%, Вена (1-я клиника)—3%, Бохум—5,4%, Фрейбург—8,3% всех родов²).

Общие правила техники операции щипцов

1. Щипцы должны крепко охватывать головку. Диаметр их должен находиться перпендикулярно к длинной оси головки, т. е. при затылочном и передне-головном вставлениях—перпендикулярно к стреловидному шву, при лобных—перпендикулярно к лобному шву, при лицевом—к лицевой линии.

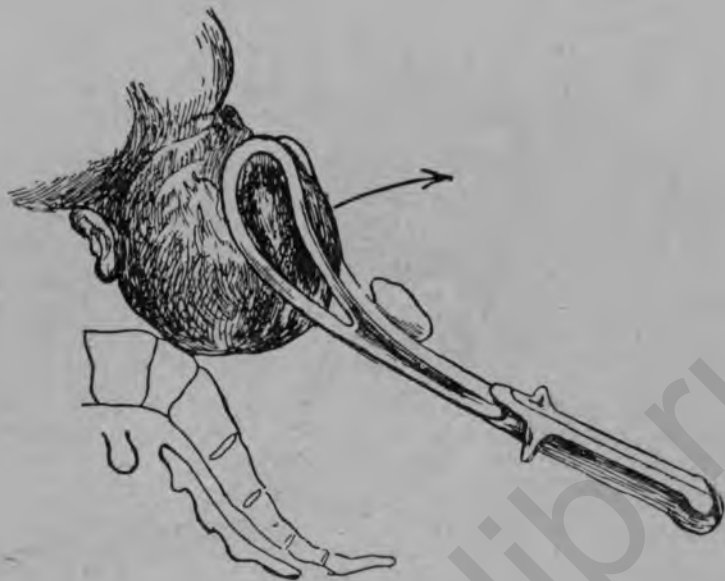
2. Верхушка щипцов должна быть всегда направлена к проводной точке головки, т. е. при затылочных вставлениях—к малому родничку, при передне-головных—к большому, при лобных—к корню носа, при лицевых—к подбородку.

3. Малоопытным врачам рекомендуется перед введением ложек замкнуть щипцы, придать им то направление, в котором они должны лечь во влагалище.

4. Левая ложка щипцов вводится первой.

¹ То же наблюдается у недоносков (до VIII месяца развития), где поэтому наложение щипцов и противопоказуется.—В. Г.

² Из русских акушеров у Красовского процент применения щипцов равнялся 1,8, у Сутугина—2,75, у Макеева—3,7, у Попова—2,6, в Казанской клинике (за 1900—1915 гг.)—1, в клинике 2 ММИ—1,5.—В. Г. и И. Ф.

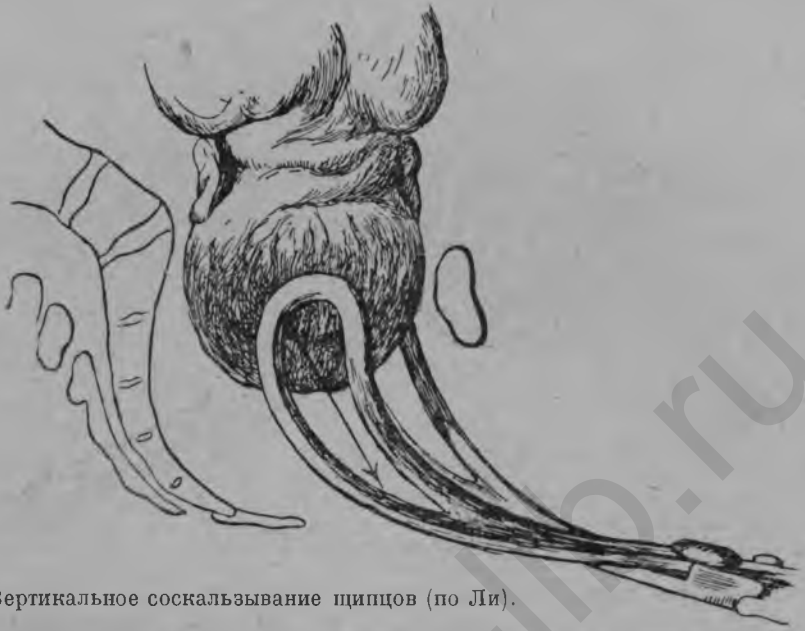


557. Горизонтальное соскальзывание щипцов (по Ли).

5. Правая ложка щипцов вводится так, чтобы ее рукоятка легла на левую. Если она окажется под левой ложкой, тогда щипцов нельзя будет замкнуть.

6. Каждая ложка должна быть «покрыта» противоположной рукой, т. е. не той, к которой она вводится. При введении левой ложки два пальца (а при широкой вульве и вагине — полурука, т. е. все пальцы за исключением большого) правой руки проводятся как можно глубже (выше) между головкой и левой стенкой таза, образуя как бы русло (рельс) для ложки, которая, будучи продвигается по сгибательной стороне направляющих пальцев, проникает между ними и головкой плода. Без контроля «покрывающей» руки ложка не может найти правильного пути, она легко ущемляет, раздавливает и повреждает как головку плода, так и мягкие части матери. При наложении правой ложки «поскрывает» ее раздается левая рука.

7. Введение ложки должно соответствовать направлению проводной линии. Ложка с высоко приподнятой рукояткой вводится во влагалище таким образом, что является параллельной к нему (рис. 559). Как только она получает опору во внутренней поверхности «покрывающей» руки, начинается постепенное опускание рукоятки. Степень этого опускания зависит от высоты стояния головки: если головка стоит глубоко в выходе, то ложка проходит небольшое пространство для того, чтобы охватить головку, и поэтому опускание рукоятки бывает небольшим; при головке же, стоящей высоко в тазу, чем выше вводится ложка, тем ниже опускается рукоятка. При опускании рукоятка передвигается не только книзу, но и к противоположному бедру матери, т. е. левая рукоятка книзу и к правому бедру матери, правая — книзу и к левому бедру. Если не опускать рукояток, то верхушки ложек упрутся в головку и не скользят кругом нее.



558. Вертикальное соскальзывание щипцов (по Ли).

8. Введение ложки должно протекать без применения какого бы то ни было насилия. Рукоятка захватывается, как писчее перо, и удерживается настолько легко, как будто она ежеминутно может выскользнуть из руки.

9. После введения обеих ложек производится замыкание их. Это удастся легко, если ложки наложены на головку правильно, на соответствующие места головки и точно захватывают ее поперек. В случае, если ложки лежат несоответственно или одна ложка вдвинута глубже другой, — замыкание не удастся. При попытке замыкания либо замковые части могут не входить одна в другую либо рукоятки не могут быть соединены, потому что лежат в разных плоскостях. В подобных случаях необходимо произвести исправление положения ложек путем легкого продвигания менее вдвинутой ложки, небольшого приподнятия и опускания рукояток и наконец легкой ротации рукояток с помощью вводящей руки.

Если и теперь замыкание не удастся, нужно проверить наложение ложек и исправить его под защитой (как и при введении) «покрывающей» руки. Если и это оказывается безуспешным, надо щипцы снять и наложить снова.

Все движения, направленные к исправлению положения щипцов, должны быть производимы крайне осторожно. Всякие резкие толчкообразные изменения положения ложек представляют грубую ошибку. Лучше еще раз переложить щипцы, чем нетерпеливым и насильственным движением передвигать во влагалище неправильно наложенные ложки.

10. Когда щипцы замкнуты, левая рука захватывает обе рукоятки в то время, как двумя пальцами правой руки проверяется еще раз, правильно ли щипцы наложены на головку и не ущемлены ли где-либо



559. Выходные щипцы. Стреловидный шов в прямом размере тава. Введение левой ложки.

мягкие ткани матери, после чего правая рука кладется на рукоятки, захватывая бушевские крючки указательным и средним пальцами (рис. 560). Так называемая пробная тракция совершенно излишня.

11. Тракции щипцов заменяют схватки и должны им подражать, т. е., начинаясь слабо, они должны постепенно усиливаться и затем постепенно же уменьшаться. Если необходимо большое число тракций, то между ними следует делать паузы, в которых размыкать ложки, чтобы избежать непрерывного и интенсивного сдавливания головки.

12. Первая тракция производится в том направлении, в котором находятся рукоятки после замыкания щипцов. Последующие тракции производятся по проводной линии, придавая головке то направление, которое она имеет при самопроизвольном рождении. Чем более



560. Первая тракция при выходных щипцах.

головка подвигается вперед, тем более ее следует путем поднятия рукояток влечь кверху. При совсем низко стоящей головке ее не приходится влечь, а надо, напротив, подняв круто вверх рукоятки, вывести ее. Боковые, рычагообразные и маятникообразные тракции не должны быть совсем применяемы малоопытными врачами, а вращательные тракции—применяемы только с большой осторожностью.

13. Если головка в щипцах не продвигается и смещаются только щипцы, это указывает на соскальзывание их с головки, остающейся на своем месте. Соскальзывание это может происходить либо в вертикальном либо в горизонтальном направлении и зависеть или от того, что правильно наложенные щипцы неправильно сконструированы, или от того, что щипцы хорошей конструкции неправильно наложены (рис. 557 и 558).

Акушер должен своевременно заметить соскальзывание щипцов, раньше чем они резким толчком выскочат пустыми, т. е. без головки, из влагалища. Во время тракций нужно время от времени проверять, правильно ли ложки щипцов обхватывают головку. При обнаружении горизонтального соскальзывания, когда щипцы соскальзывают с затылка, разомкнув замок при поднятых рукоятках, надо под контролем «покрывающей» руки переместить ложки на теменные кости и захватить головку в бипаритетальном размере. При вертикальном соскальзывании щипцы нужно снять и снова наложить.

ЩИПЦЫ ПРИ ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Выходные щипцы на головку, стоящую в прямом размере

Стреловидный шов в прямом размере выхода таза, малый родничок спереди у симфиза, большой—сзади над промежностью. Так как стреловидный шов стоит в прямом размере таза, то щипцы перпендикулярно к стреловидному шву накладываются в поперечном размере таза, т. е. левая ложка их вводится влево, правая—вправо, верхушки ложек на-

правлены к проводной точке, т. е. впереди к малому родничку. Рукоятки после замыкания щипцов стоят почти горизонтально. В этом направлении и следует производить тракцию, пока маленький родничок не минует симфиза, т. е. затылок не подойдет под лонную вырезку. Тогда главным образом приходится не влечь, а выводить головку. Правая рука захватывает обе ложки в области замка и подыманием рукояток кверху постепенно выводит темя, лоб и личико из-за промежности, которая в это время поддерживается левой рукой (рис. 561).

Если промежность высока и упруга (у первородящих), то рекомендуется щипцы после прорезывания затылка снять с тем, чтобы либо со стороны промежности либо со стороны прямой кишки попытаться вывести лоб и личико из-за промежности (по Ритгену и Ольсхаузену) или у старых первородящих сделать эпизиотомию. При снятии щипцов их ложки осторожно выводятся параллельно головке так же, как и при накладывании. При встречающемся сопротивлении необходима особая осторожность. Бывает, что в окошко ложек попадает ушко, и при грубом влечении можно получить частичный или полный отрыв его. Выходные щипцы довольно часто могут быть заменены впрыскиванием питуитрина (0,5 в ягодичи или 0,25 внутривенно), но они должны быть наложены непосредственно перед такими впрыскиваниями, дабы при внезапном ухудшении сердечбиения плода можно было произвести тотчас же извлечение,



561. Извлечение головки при выходных щипцах.

Щипцы на головку, стоящую в косом размере

Затылочное положение. Стреловидный шов в первом, т. е. правом, косом размере. Малый родничок слева и спереди, большой—справа и сзади. Щипцы должны быть наложены так, чтобы поперечник их находился перпендикулярно к стреловидному шву, а именно во втором или левом косом размере так, чтобы левая ложка их лежала влево и сзади, а правая—вправо и спереди.

Введение левой ложки влево и кзади оказывается легким, так как вследствие выгнутости крестцовой впадины кзади задняя часть таза довольно просторна (рис. 562). Но непосредственное введение правой ложки вправо и впереди обычно не удается вследствие препятствия со стороны передней стенки таза. Поэтому ложку эту надо вводить сначала вправо и кзади, а затем заставить ее «странствовать» впереди, для чего после введения ее с помощью большого пальца «покрывающей» руки и с помощью руки, держащей рукоятку, она переводится вправо и



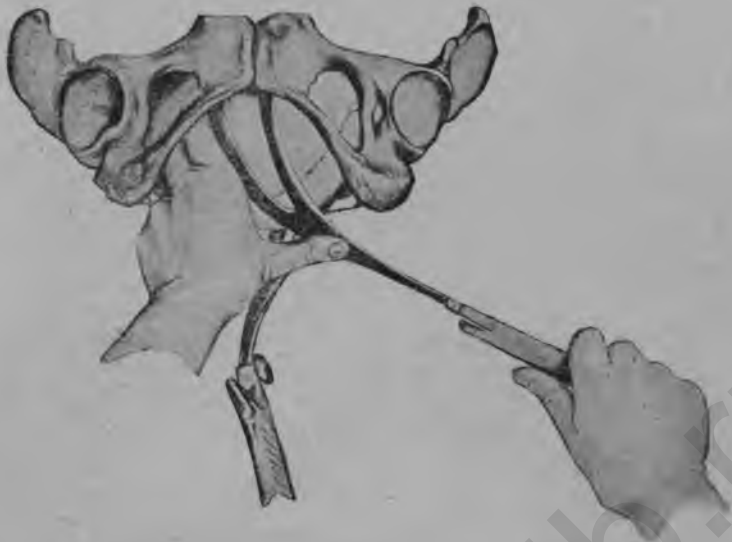
562. Щипцы на косо стоящую головку. Первое черепное предлежание, стреловидный шов в первом косом размере. Введение левой ложки.

563. Щипцы на косо стоящую головку. Первое черепное предлежание. Введение правой ложки.

кверху. Рукоятка щипцов захватывается при этом, как рапира, и опускается влево и книзу (рис. 564). После замыкания щипцов первая тракция делается по направлению рукоятки, и вместе с тем осторожным вращением стреловидный шов поворачивается из первого косога в прямой размер выхода таза. В дальнейшем все проводится, как при выходных щипцах.

Щипцы на головку, стоящую в поперечном размере (низкое поперечное стояние головки)

Если головка стоит в выходе таза в поперечном размере, то следовало бы щипцы для наложения их перпендикулярно к стреловидному шву вводить в прямом размере таза. Однако это невозможно—заднюю ложку не удается ввести совсем кзади, а переднюю—кпереди, ибо этому мешает выступающая кнутри поверхность симфиза. Таким образом в этом случае придется отступить от установленного правила, чтобы поперечник щипцов лежал перпендикулярно к стреловидному шву. Надо удовлетвориться наложением щипцов в косом размере и по возможности способствовать переходу их в прямой размер. При этом совершенно ясно, через какой косога диаметр должен пройти стреловидный шов, чтобы стать в прямом размере в выходе таза.



564. Щипцы на косо стоящую головку. I черепное предлежание. Наложение правой ложки.

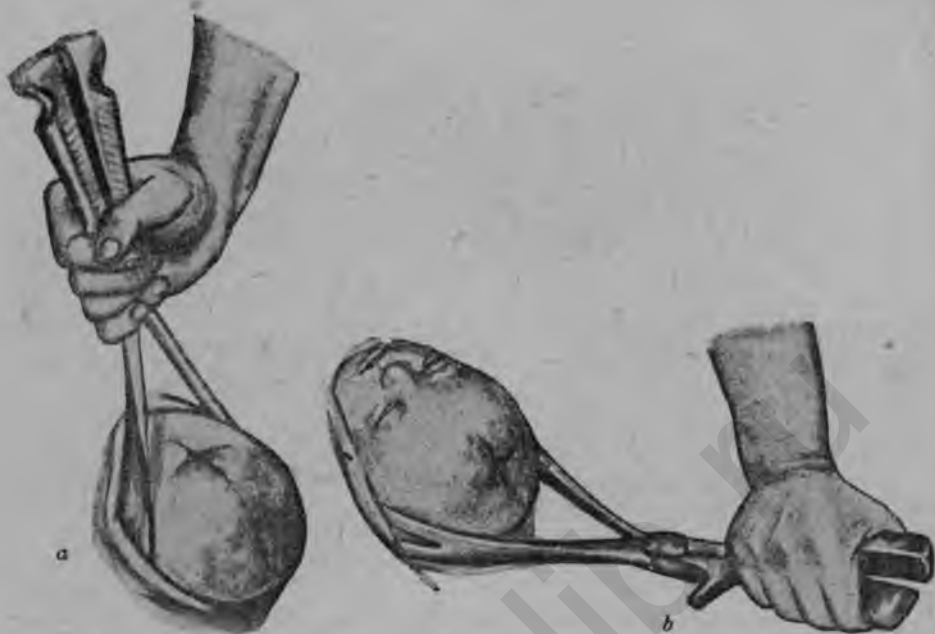
I низкое поперечное стояние

Стреловидный шов в поперечном размере выхода таза, малый родничок слева, большой—справа, тогда как в норме стреловидный шов должен быть в прямом размере с малым родничком спереди и большим—сзади. Щипцы накладываются во втором косом размере, как на головку, стоящую в левом косом размере (левая ложка накладывается влево и кзади, правая—вправо и кпереди, последняя ложка «странствует»). При этом надо стараться левую ложку наложить по возможности более кзади, а правую—как можно более кпереди, так, чтобы передвинуть ее потом через конечный пункт II косого размера в прямой. При замыкании щипцов головка обычно сама поворачивается в первый косой размер, в противном случае она постепенно переводится вращательными тяжениями в косой диаметр и в заключение устанавливается в прямом размере.

II низкое поперечное стояние

Стреловидный шов стоит в выходе таза поперечно, малый родничок справа, большой родничок слева. Стреловидный шов должен через второй косой диаметр перейти в прямой размер таза. Поэтому щипцы надо накладывать в первом косом размере, возможно близком к прямому (левая ложка вводится влево и кпереди, правая—вправо и кзади, причем левая «странствует»).

При операции наложения щипцов на косо и поперечно стоящую головку к влечению ими присоединяется и вращение их. При этом необходима большая осторожность, дабы не разорвать влагалищной стенки, которая может сказаться ущемленной окончатой ложкой, или не оторвать ее от подлежащих тканей (разрыв влагалища с последующим пролапсом). Никогда при этом не надо делать щипцами чистых вращательных тяжений—они должны быть одновременно и влекущими и вращающими.



565. Щипцы при передне-головном предлежании.

a—выведение затылка из-за промежности; *b*—обратное движение для выведения лба и личика.

Щипцы при передне-головном вставлении

При этих щипцах руководствуются теми же принципами, как и при затылочном предлежании, причем верхушки и ложек должны быть обращены к большому родничку, к которому является здесь проводной точкой.

Итак, если стреловидный шов стоит в прямом размере таза, — щипцы накладываются в поперечном; если стреловидный шов во II косом размере, — щипцы накладываются в I косом (первое передне-головное вставление) (рис. 566); если стреловидный шов в I косом размере, — щипцы накладываются во II косом (II передне-головное положение).

С помощью вращательных тракций стреловидный шов переводится в прямой размер выхода таза с большим родничком впереди. Влечение производится прямо на себя до тех пор, пока не родится темя и большой родничок не установится под симфизом в середине лонной дуги. Тогда правой рукой рукоятки щипцов поднимаются кверху по направлению к симфизу и затылок медленно выводится из-за промежности, энергично поддерживаемый левой рукой. После рождения затылка рукоятки щипцов опускаются обратно, и из-под лона выводятся лоб и лицо ребенка (рис. 565). Щипцы при передне-головном положении очень часто ведут к повреждению тазового дна, так как повернувшийся к промежности объемистый затылок растягивает промежность гораздо больше, нежели личико, как то бывает при затылочном предлежании. Поэтому при узком влагалище и высокой промежности (у перворожениц) здесь очень часто бывает необходимо произвести эпизиотомию для предупреждения полного разрыва промежности.



566. Щипцы при I передне-головном предлежании. Вращение передней части головки к симфизу. Щипцы по Сканцони (вращение головки в противоположном направлении с образованием I низкого поперечного стояния ее).

Превращение передне-головного положения в затылочное (повторное наложение щипцов по Сканцони)

Вначале щипцы накладываются, как при передне-головном предлежании, а именно при первой позиции (стреловидный шов во II косом размере)—в I косом размере с верхушками ложек, обращенными к большому родничку. Затем стреловидный шов переводится не в прямой размер, а вращением кзади—в поперечный размер, и таким образом получается низкое поперечное стояние (рис. 566). Затем щипцы снимаются и накладываются снова, как при первом низком поперечном стоянии, а именно во II косом, возможно близком к прямому размеру с верхушками ложек, обращенными к малому родничку.

При наличии II передне-головного предлежания (стреловидный шов в I косом размере) щипцы накладываются во II косом размере, и головка вращением переводится в поперечный диаметр таза (II низкое поперечное стояние), после чего щипцы снимаются и накладываются вновь в I косом размере.

Двойное наложение щипцов по Сканцони представляет вполне обоснованную операцию, так как рождение головки в затылочном предлежании гораздо меньше повреждает тазовое дно. Эта операция удается однако только при передне-головных предлежаниях, но отнюдь не при задних (Клее) и при форсированном применении может повести к крайне тяжелым повреждениям влагалища. Ее может выполнить только опытный акушер, который может судить, насколько легко головка следует вращению кзади, иначе надо заменить способ Сканцони обычным наложением щипцов при передне-головном предлежании.

Щипцы при лицевых предлежаниях

1. При лицевой лилии, стоящей в прямом размере выхода таза. Подбородок (проводная точка) находится тогда спереди под симфизом, переносье—сзади за промежностью. Принципы и проведение операции—



567. Положение рук после наложения щипцов при II лицевом предлежании (лицевая линия в I косом размере, щипцы—во II косом размере).

те же, что и при головке в затылочном предлежании со стреловидным швом в прямом размере таза.

Таким образом левая ложка накладывается влево, правая—вправо, и поперечник щипцов перпендикулярен к лицевой линии. Тракции производятся прямо на себя, пока подбородок не родится, затем рукоятки постепенно поднимаются по направлению к симфизу, благодаря чему из-за промежности последовательно выводятся постепенно лобик, темя и затылок (рис. 568).

Единственно, что нужно при этом соблюдать в отличие от щипцов при затылочном предлежании— после наложения ложек перед их замыканием ручки должны быть подняты для того, чтобы верхушки ложек пришлись на затылок, стоящий глубоко в тазу. Если этого не сделано, они ложатся на шейку и могут вызвать погрешение и сдавление сосудов шейки. Затем другая рука кладется не на бушевские выступы, а захватывает обе ложки выше замка поперечно, чтобы сильным давлением вниз предотвратить соскальзывание их с затылка.



568. Щипцы при лицевом предлежании. Постепенное выведение лобика, темени и затылка из-за промежности путем поднятия ручек щипцов.

2. При лицевой линии, стоящей в косом размере таза. Техника—как при косо стоящем стреловидном шве.

Таким образом при I лицевом предлежании, если лицевая линия стоит во II косом размере (подбородок—вправо и впереди, переносье—влево и сзади), щипцы накладываются в I косом размере (левая ложка—влево и впереди, правая—вправо и сзади, левая ложка «странствует»).

При II лицевом предлежании, когда лицевая линия стоит в I косом размере (подбородок—влево и впереди, переносье—вправо и сзади), щипцы накладываются во II косом размере (левая ложка—влево и сзади, правая—вправо и впереди, правая ложка «странствует») (рис. 567).

Вращательные тракции при лицевом предлежании много труднее, нежели при затылочном. Поэтому следует, где это только возможно, выжидать—даже при условии, что выжидание будет длительным,—установки лицевой линии в прямом размере таза.

3. При лицевой линии, стоящей в поперечном или ложно-косом размере. Если подбородок еще не ротировался и стоит сбоку или даже сзади (при I лицевом предлежании лицевая линия в I косом размере, подбородок справа и сзади; при II лицевом предлежании лицевая линия во II косом размере, подбородок обращен влево и сзади), то в подобных случаях наложение щипцов противопоказано. Извлечение головки в лицевых предлежаниях с подбородком, стоящим сзади, физически невозможно. При наличии показаний для родоразрешения в условиях домашних родов надо иметь тогда в виду перфорацию головки даже живого плода, если только не представляется возможным произвести поворот на ножку при наличии целых или только что отошедших вод.

Щипцы при лобном предлежании

Эти щипцы представляются особенно трудными, потому что головка должна пройти через прямой размер выхода самым большим своим диа-

метром (переносье-затылок). Выполнение этой операции возможно при условии, если переносье является проводной точкой, т. е. стоит кпереди или несколько в сторону (вправо или влево) и кпереди, так что лобный шов идет либо в прямом либо во II косом размере (I лобное предлежание), гесп. в I косом (II лобное предлежание) размере.

При лобном шве, стоящем в прямом размере таза, щипцы накладываются в поперечном размере (их поперечник перпендикулярен к лобному шву); при головке в косом размере они накладываются в противоположном косом размере, т. е. при I лобном предлежании—в I косом, при II лобном предлежании—во II косом.

При этом сначала производятся вращательные тракции до перевода лобного шва в прямой размер, затем тракции прямо на себя и вниз до рождения переносицы, которая упирается под симфиз. Затем рукоятки щипцов поднимаются, причем прорываются лоб, темя и затылок (в случае необходимости показана эпизиотомия), и наконец производится обратное движение, причем рождается личико.

Тракции до освобождения переносицы должны быть особенно сильными, и несмотря на это они нередко не достигают цели. Довольно часто при них подбрюшок опускается, и таким образом лобное предлежание переходит в лицевое—механизм, который имеет место и при самопроизвольном течении родов: головка, вступающая во вход таза в лобном предлежании, в конце концов рождается в лицевом предлежании—лобное предлежание есть предлежание переходное. При безуспешности щипцов не следует быть слишком настойчивым в отношении их, заменив их перфорацией головки.

Если переносица не является проводной точкой и находится сбоку или сзади (при I лобном предлежании лобный шов стоит в I косом размере, переносица справа и сзади, при II лобном—лобный шов стоит во II косом размере, переносица слева и сзади), тогда при наличии показаний к окончанию родов также остается лишь немедленно перфоровать головку.

Кто понял общие правила наложения щипцов, тот при любом положении разберется в том, как надо производить его.

В заключение повторяю следующие указания.

Щипцы накладываются так, чтобы их поперечник лежал перпендикулярно соответствующей проводной линии (стреловидный и лобный швы, лицевая линия). Исключение из этого правила представляет только низкое поперечное стояние головки.

Та ложка, которая вводится влево и кпереди или вправо и кпереди, должна «странствовать».

Обратные движения нужны только при передне-головном и лобном предлежаниях и не нужны при затылочном и лицевом предлежаниях.

Высокие щипцы

Вопрос о так наз. высоких щипцах еще до сих пор является вопросом спорным. Самое понятие о том, что такое высокие щипцы, у различных авторов различно: по мнению одних—это щипцы, накладываемые на головку, не достигшую еще интерстициальной линии, по мнению других—на головку, вступившую малым сегментом во вход таза, наконец по мнению третьих—на подвижно стоящую над входом головку.

Еще не конфигурировавшаяся головка, подвижно стоящая над входом в таз, не может служить объектом для щипцов. Чем меньше головка вступила во вход таза, тем меньше она конфигурировалась, и тем больше она будет под давлением со стороны щипцов при извлечении насильственно и быстро конфигурироваться, т. е. сдавливаться. А насильственное сдавление ее ведет к переломам костей черепа.

Таким образом очень часто попытка высокими щипцами спасти ребенка не достигает цели: извлеченный с признаками жизни ребенок умирает от внутричерепных кровоизлияний вследствие повреждения головки.

Смерть новорожденных в первую неделю после родов в 58% бывает связана с родовой травмой,¹ которая в $\frac{3}{4}$ случаев вызывает кровоизлияния в мозг.

Высокие щипцы являются поэтому последней попыткой спасти живой плод, обреченный на перфорацию (например при лихорадочном состоянии матери), и имеют право на применение лишь в условиях клинки, в руках очень опытного акушера. Врач-практик, мало опытный в акушерстве, должен остерегаться этих щипцов, потому что он обычно извлекает мертвого или умирающего ребенка и вместе с тем получает у матери такие разрывы, что она погибает от кровотечения или инфекции.

Поэтому я ограничусь тем, что вкратце остановлюсь на моделях щипцов, сконструированных для высоко стоящей головки.

В так называемых щипцах с осевыми тракциями (Германа, Тарнье, Симпсона, Брейса) под рукояткой имеется особый влекущий аппарат, подвижно связанный с ложками щипцов и состоящий из двух металлических брусков, заканчивающихся в области рукоятки. После наложения и замыкания щипцов рукоятки фиксируются металлическим штифтом. Тракции производятся сильно выгнутым иззади влекущим аппаратом. Таким образом даже высоко стоящая головка извлекается по направлению оси таза, почему щипцы и названы «осевыми».

Любопытно, что считающаяся прежде за усовершенствование щипцов и признававшаяся необходимой именно при высоко стоящей головке тазовая кривизна, на самом деле представляет ошибку в конструкции и вместе с тем препятствием для высоких щипцов.

Килланд первый¹ осознал это и придумал своей модели скользящий замок, а вместо тазовой кривизны — штыкообразный изгиб ложек, вследствие чего возможно биариетальное наложение щипцов на головку, стоящую высоко и в поперечном размере таза.

По поводу этого инструмента загорелся горячий спор и возникла громадная литература. Широкое применение щипцов Килланда на тысячах случаев в конечном результате выяснило, что как «высокие щипцы» модель Килланда в руках технически очень опытного акушера представляет преимущества по сравнению со всеми щипцами с тазовой кривизной. Преимущества эти заключаются в возможности мягкого, шадящего как мать, так и дитя «ротационного извлечения».

Передняя ложка этих щипцов не «странствует», но вводится по головке вогнутостью наружи, пока не будет вдвинута в матку выше головки, после чего поворачивается на 180°, немного вытягивается, пока головная кривизна не ляжет на головку, — при этом, будучи применен опытной рукой и без всякого насилия, легко удастся и является совершенно безопасным. Однако в случаях затянувшихся родов

¹ Еще раньше Килланда это было осознано русским акушером проф. Лазаревичем, который именно для извлечения высоко стоящей головки и предложил свои прямые щипцы с неперекрещивающимися рукоятками. — В. Г.



569. Вид сбоку замкнутых щипцов Килланда.



570. Введение передней ложки щипцов Килланда.

Равным образом следует предостеречь от внутриматочных манипуляций рукой для превращения неблагоприятного положения головки в более благоприятное. Уже сама попытка этого, а тем более выполнение операции являются опасными в смысле как инфекции, так и разрыва матки.

Вместе с тем искусственно созданное более благоприятное положение обычно не сохраняется, так как причины, обуславливающие неправильное положение головки, при этом не устраняются. Довольно часто внутриматочные манипуляции, способствуя выпадению пуповины, вместо улучшения серьезно ухудшают судьбу ребенка. Положительную сторону ручных приемов представляет их возбуждающее схватки действие.

Сюда относятся превращение лобного и лицевого предлежаний в затылочное путем отодвигания лица и низведения затылка (Торн)¹ или путем отталкивания подбородка и давления кзади на лордотически выгнутую грудную клетку (Цангемейстер), прием Липмана и низведение подбородка при лобном вставлении.

¹ У нас соответствующий ручной исправляющий прием совершенно самостоятельно разработал и с успехом применил Г. А. Соловьев.—И. Ф.

матка может настолько плотно обхватывать плод, что вращение ложки не удастся и может повести к разрыву маточной стенки.

Цвейфель равным образом сконструировал щипцы, которые почти не имеют тазовой кривизны. Передняя ложка их с помощью «странствования» накладывається бипариетально на высоко стоящую головку, причем могут быть приняты в соображение неравномерно стоящие теменные кости (асинклитизм), так как ветви щипцов можно передвинуть по отношению друг к другу и в любом положении фиксировать винтом. Прикрепление к перекресту ложек поперечного рычага с отростком для влечения допускает простое и быстрое осевое влечение. Все без исключения наблюдения над щипцами Цвейфеля являются благоприятными для них.

Однако не следует восхищаться преимуществами удачных моделей щипцов, потому что это может повести к расширению показаний для щипцов вообще и в частности к злоупотреблению «высокими щипцами». Оба эти явления в равной мере ведут к повышению повреждений ребенка и матери.

В особенности надо предостеречь от экспериментов с исправлением щипцами положения головки при лицевом предлежании с подбородком кзади и при задне-теменном вставлении.

Необходимыми условиями для этих приемов являются:

1) отсутствие каких бы то ни было осложнений (узкий таз, зость мягких родовых путей, предлежание последа);

2) живой, жизнеспособный и нормально развитый ребенок;

3) полное раскрытие маточного зева;

4) отсутствие растяжения нижнего сегмента или каких бы то ни было признаков угрожающего разрыва матки.

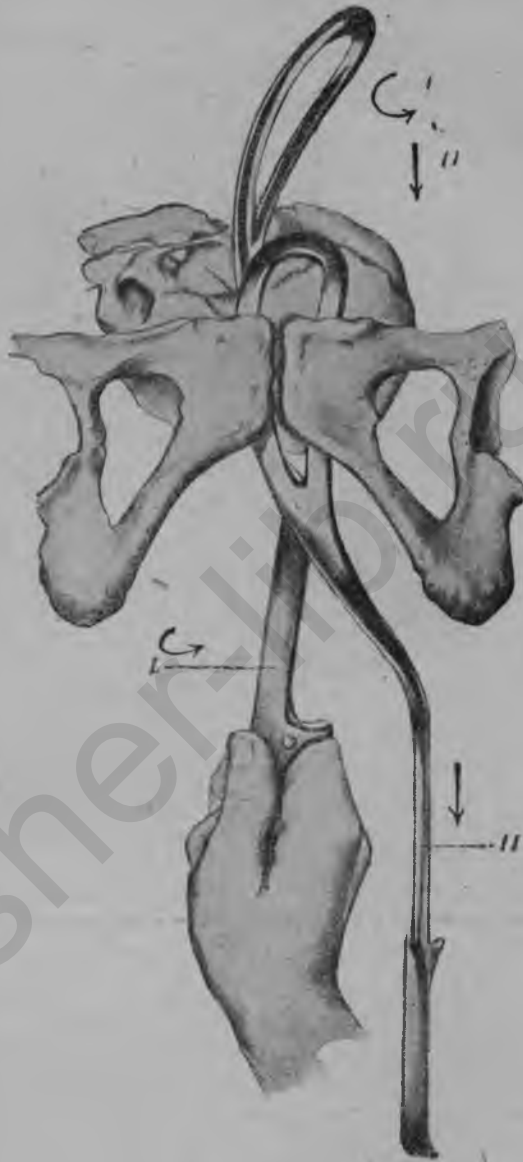
ТЕРАПИЯ ПРИ ВЫПАДЕНИИ МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ

Благоприятные условия для выпадения мелких частей плода возникают при любых его положениях, когда вход в таз полностью или частично не заполнен (поперечное положение, головное предлежание при узком тазе); преждевременное и в большом количестве отхождение вод также благоприятствует выпадению, а равно уменьшенная или совсем потерянная рефлекторная возбудимость, обуславливающая расслабление членов мертвого или умирающего плода.

Выпадение ручки

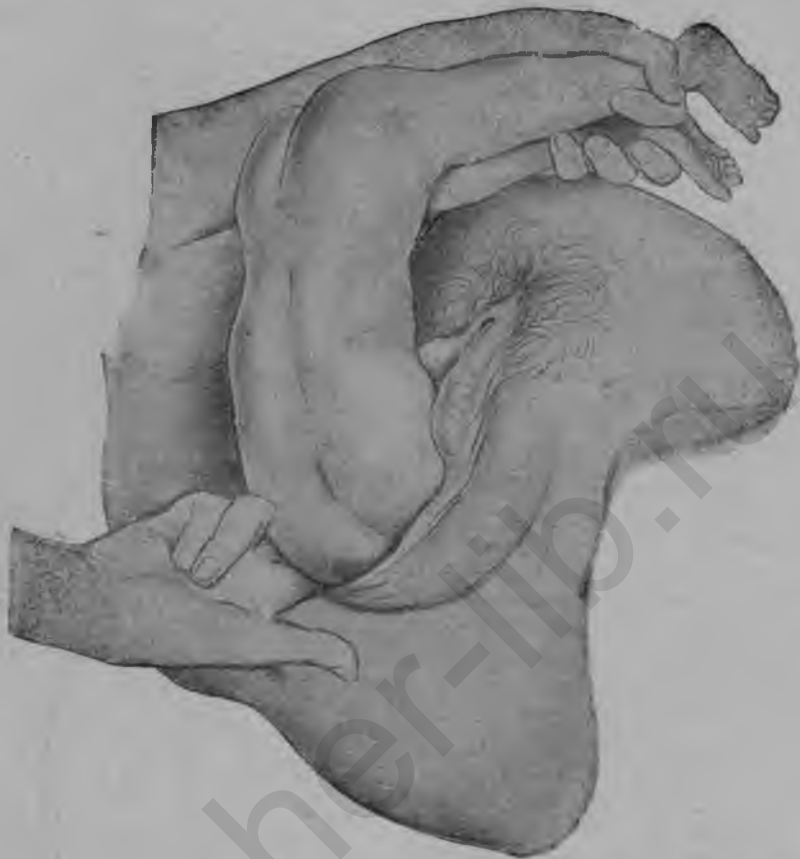
Ручка, выпавшая при поперечном положении плода, не должна быть запровадима, — при живом плоде она не затрудняет поворота, а позднее при извлечении плода может его облегчить, при мертвом же плоде она представляет прекрасное фиксирующее приспособление для декантации. То же следует сказать и о выпадении ручки при тазовых предлежаниях, где оно вообще наблюдается крайне редко.

При головных предлежаниях, когда предлежащая ручка при целом пузыре лежит рядом с головкой, выпадение ручки может быть предотвращено боковым положением роженицы. Если ручка выпадает



571. Вращение и обратное вытягивание передней ложки килландовских щипцов.

I—ложка повернута; II—повернутая ложка настолько вытягивается, что ложится на головку.



572. I тазовое положение. Самопроизвольные роды до того момента, как из половой щели показались углы лопаток. Освобождение задней (правой) ручки.

при головке, стоящей высоко и подвижной, то она должна быть заправлена, так как может препятствовать вступлению головки в таз. Заправление ручки за головку производится полной рукой, введенной через рукав, после чего нужно придать роженице боковое положение или произвести вдавление головки под наркозом через брюшные стенки по Хофмейеру. Если врач сомневается в возможности вступления головки в таз, лучше не заправлять ручки, а произвести поворот на ножку.

Если ручка вместе с головкой вступила в таз, она может затруднить или препятствовать повороту головки, т. е. нормальному механизму родов. Тогда роды затягиваются, в результате чего возникают показания для наложения щипцов, при котором надо стараться избежать прихватывания ручки в ложку. Извлечение плода при этом может оказаться очень трудным и потребовать значительного рассечения промежности.

При очень маленьких плодах выпадение ручки не связано с какими-либо затруднениями для самопроизвольных родов.

При выпадении ручки мертвого плода заботиться не о чем; если роды затягиваются, надо сделать перфорацию головки.



573. II тазовое положение. Освобождение задней (левой) ручки. Правильная техника. Два пальца захватывают ручку и смещают ее концентрическими круговыми движениями к грудной клетке.

Выпадение ножки

Когда после отхождения вод определяются через влагалище одна или обе ножки, одни или вместе с ягодицами, принято говорить не о выпадении, а о разновидностях ягодичного или поперечного положения.

Выпадение ножки рядом с подвижной головкой встречается лишь крайне редко, и то большей частью при мадерированном плоде.

Терапия здесь та же, что и при выпадении ручки (вправление или поворот на выпавшую ножку при живом плоде и перфорация последующей головки—при мертвом).

О терапии выпадения пуповины см. выше.

АКУШЕРСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ТАЗОВЫМ КОНЦОМ

Оказание помощи при нормальном течении родов в тазовом предлежании

Ягодицы значительно хуже расширяют родовые пути, нежели головка, так как они меньше, мягче и менее равномерно округлы. Они



574. II тазовое положение. Освобождение задней (левой) ручки. Неправильная техника. Палец крючкообразно захватывает плечико, причем может переломить последнее.

ный образ действий до тех пор, пока это возможно. При нормальном течении опасность наступает тогда, когда туловище родилось до нижнего угла передней лопатки, потому что в это время головка вступает во вход таза (сдавление пуповины между головкой и костным тазом, рис. 249). Если теперь вследствие недостаточно сильной родовой деятельности изгнание плода не подвигается, необходимо применить освобождение ручек и извлечение последующей головки.

Некоторые акушеры производят освобождение ручек после того, как из половой щели покажется пупок плода.

Освобождение ручек производится так, что первой освобождается всегда задняя ручка с помощью одноименной руки акушера. Таким обра-

занимают меньше места, чем головка, и поэтому проходят через не вполне открытую шейку, которая задерживает головку. В таких случаях извлечение за тазовый конец идет вначале легко до тех пор, пока маточный зев, плотно обхватив шейку плода, не фиксирует головки, вследствие чего неизбежно развивается сдавление пуповины, которое в случаях промедления с освобождением ручек и выведением головки приводит к смерти плода. Недостаточная расширяющая способность ягодиц должна быть по крайней мере выровнена длительностью расширяющего их действия, по возможности не нарушаемого. Нет поэтому здесь более ошибочного образа действий, чем слишком раннее извлечение плода.

Школьное правило гласит: при ягодичном предлежании необходимо выжидатель-



575. II тазовое положение. После освобождения задней (левой) ручки тело плода поворачивается так, чтобы передняя ручка оказалась сзади. Обе руки акушера кладутся вытянутыми на боковые края грудной клетки.

вом при I ягодичном предлежании вначале низводится лежащая сзади правая ручка плода правой рукой акушера. Ножки захватываются левой рукой акушера так, что указательный палец помещается сзади между лодыжками, а большой и средний пальцы охватывают их снаружи. Захватив таким образом ножки, их отводят при I ягодичном предлежании вправо и книзу, после чего акушер двумя пальцами правой руки, еще лучше—полурукой, а при широкой половой щели—даже целой рукой, введенными во влагалище, достигает по спинке правого плечика ребенка. Затем резким движением, направленным косвенно кверху, ножки отводятся прямо кверху к правому паховому сгибу роженицы (рис. 572), причем тело ребенка приобретает то согнутое положение, к которому оно привыкло в матке. Чем сильнее ножки отведены кверху, тем глубже опускается заднее плечико, и тем следовательно легче достигнуть лежащей сзади ручки. Чтобы низвести ее, пальцы акушера ощупывают правое плечико, и, если возможно, спускаются по нему до предплечья. Они должны при этом перемещаться вокруг плода постепенно концентрически и никогда не должны располагаться под углом к телу плода и освобождаемой ручке (Фрич). Их следует накладывать по возможности широкой поверхностью на все плечико ребенка и, поскольку это выполнимо, также и на предплечье. Затем, продолжая концентрическое круговое движение всей ручки к груди плода, смещают ее настолько, чтобы отвести личико и грудь последнего (рис. 573). Если извлечение представляет трудности, тогда нужно еще сильнее приподнять ножки, благодаря чему ручка становится доступнее акушеру и может быть шире захвачена.

После того как задняя ручка (при первой позиции—правая) выскользнет из влагалища, туловище ребенка поворачивают так, чтобы ручка, лежавшая впереди (при первой позиции—левая), оказалась в крестцовой впадине. Для этого акушер кладет руки с вытянутыми



576. II тазовое положение. После освобождения задней (левой) ручки туловище плода поворачивается так, что передняя ручка оказывается сзади. Руки акушера обхватывают грудную клетку ребенка.

пальцами по обеим сторонам грудной клетки, причем захватывается и прижимается к туловищу освобожденная ручка, и с помощью штопорообразных движений (настойчивых, коотких, но довольно сильных влечений туловища ребенка вперед и назад) поворачивает его так, что спинка, которая при освобождении ручки и после него была обращена в сторону, перемещается сначала впереди, а затем в противоположную сторону. Вместе с тем переднее плечико с передней ручкой поворачивается спереди сначала в сторону, а затем кзади. Тогда ножки захватываются другой рукой акушера и отводятся к противоположному паховому сгибу роженицы, причем освобождается задняя ручка ребенка¹.

¹ В тех случаях, где ручка плода, рождающегося тазовым концом, запрокинута за затылок, Нюрнбергер рекомендует, если запрокинута левая ручка, поворачивать туловище плода по ходу часовой стрелки, если же правая—поворачивать его против движения последней. В том и другом случае ручка освобождается, когда она окажется в крестцовой впадине.—В. Г.



577. Ручной прием Фейта-Смелли.

При поворачивании туловища плода обе руки акушера могут захватить его так, что оба больших пальца ложатся около позвоночника, а остальными согнутыми пальцами охватывается грудная клетка (рис. 576).

Очень хорошим способом извлечения плечиков без освобождения ручек является способ А. Мюллера, испытанный и изученный теперь почти во всех клиниках.

Когда экстракция доведена до появления нижнего угла лопаток, акушер, не изменяя положения рук, оттягивает туловище ребенка сильно книзу, вследствие чего переднее плечико плода подходит под симфиз. Передняя ручка появляется при этом или самопроизвольно или ее можно бывает легко отвести от груди. Затем производится сильное влечение вверх, благодаря чему освобождается заднее плечико с задней ручкой.

Если переднее плечико подвести под симфиз не удастся, то влечением вверх или переменными рычагообразными тракциями вверх и книзу сначала протаскивают заднее плечико через вход таза, а затем, как уже описано, приступают к извлечению в первую очередь переднего плечика и передней ручки.

Если этот прием не удастся, что бывает нередко при узком тазе, создается очень опасное положение, так как высвобождение ручек бывает крайне затруднительно и может оказаться даже невозможным без перелома.

Дедерлейн сообщает о случае вывиха ключицы из грудинного сустава при извлечении по Мюллеру. Суставная головка прижала верхнюю полую вену и трахею, и ребенок задохся.

Извлечение последующей головки

а) Ручной прием Морисо-Левре-Фейта-Смелли (рис. 577) (спинка впереди, головка в тазу). Указательный палец руки акушера, соответствующей лицевой стороне ребенка, вводится во влагалище и достигает



578. Ручной прием Виганда-Винкеля (Мартин считает его неправильным, см. текст).

ротика, который обычно бывает обращен вправо или влево. Туловище ребенка лежит верхом на предплечье этой же руки. Указательный и средний пальцы другой руки кладутся слева и справа от шейки ребенка и легко поддерживают его головку и шейку; введенным же в ротик ребенка указательным пальцем другой руки производится сгибание личика по средней линии к копчику, пока подбородок не достигнет груди. Когда это произошло, акушер указательным и средним пальцами другой руки широко захватывает шейку с обеих сторон (виллообразно) и производит обеими руками влечение головки книзу, пока не покажется волосистая часть головки. С этого момента влечение направляется кверху, причем акушер должен встать, чтобы, приподымая руку с сидящим на ней верхом туловищем ребенка, способствовать вначале прорезыванию личика, а затем постепенному, медленному выведению из-за промежности лба, темени и затылка. Все это достигается путем влечения, производимого исключительно кверху. Всякое иное влечение неправильно.

Некоторые авторы рекомендуют вводить в ротик ребенку средний палец или даже два пальца; другие, избегая повреждений ротика, кладут средний и указательный пальцы по бокам носа в области *fossa canina*.

Защита промежности должна состоять лишь в том, что акушер освобождает головку медленным влечением, производимым по направлению к симфизу. Извлечение головки ребенка производится быстро до появления ротика его из половой щели. С этого момента ребенок в состоянии дышать, почему ускорять извлечение в его интересах (за исключением случаев с установленной асфиксией) нет нужды; в интересах же матери нужно более медленное прорезывание головки для сохранения промежности.

Роды должны протекать в предлежаниях тазовым концом, стало быть медленно до рождения угла лопаток, быстро с этого момента до появления ротика в половой щели, а потом опять медленно до прорезывания головки.

Я разбираю далее ручные приемы, которые приходится производить при ненормальных положениях головки, не имеющих места при самопроизвольных родах в тазовых предлежаниях и нормальном тазе.



579. Экстракция за переднюю ножку при II ягодичном предлежании. Вступившие в малый таз ягодицы отталкиваются конически сложенными пальцами правой руки в большой таз.

б) Обратный прием Морисо-Фейта-Смелли (спинка кзади, головка в тазу). Тело плода спинкой своей лежит на руке, пальцы которой виллообразно захватывают сзади шейку. Указательный палец другой руки вводится спереди в ротик, находящийся кпереди и слева или справа, и производит пригибание подбородка к груди. Тракции делаются книзу до тех пор, пока личико и лоб не выступят из-под симфиза. Тогда производится постепенное приподымание тела плода, причем происходит медленное прорезывание затылка и темени над промежностью.

в) Ручной прием Вигацда-Винкеля-Мартина (рис. 578) (спинка кпереди, головка над входом в таз). Если таз настолько узок, что извлечение последующей головки бывает невозможно, тогда нельзя использовать и прием Морисо-Фейта, так как стоящая позади симфиза шейка не достигается и ее нельзя бывает захватить виллообразно. В таких случаях головку вводят в таз путем комбинированного приема, техника которого описана А. Мартином: акушер вводит средний палец в ротик ребенка, а указательный и безымянный кладет на fossae caninae, большой же палец—на нижнюю челюсть: при этом головка устанавливается в поперечном размере с затылком, обращенным в крестцово-подвздошную впадину, и с малым поперечником, стоящим в истинной конъюгате, подбородок бывает опущен, и достаточно легкого давления рукой сверху, чтобы вступление головки в таз стало возможным.

г) Так называемый «пражский прием» применяется только в форме «обратного» пражского приема в тех случаях, когда спинка плода лежит кзади, а головка находится над входом в таз.

Шейка ребенка крючкообразно захватывается сзади указательным и средним пальцами одной руки, другой же рукой ребенок захватывается за ножки, после чего производится влечение его книзу до тех пор, пока не покажется граница волосистой части головки; после этого влечение энергично производится кверху, и головка, поворачиваясь вокруг симфиза, рождается над промежностью.

Если ребенок мертв или умирает во время попытки извлечения, тогда последующая головка его само собой разумеется перфорируется.

д) Щипцы на последующую головку. Ручки и ножки плода приподымаются кверху. Под руководством введенной во влагалище полуруки ложки щипцов накладываются согласно вышеизложенным правилам таким образом, что они захватывают головку в поперечном размере. При нормальном положении головки (подбородок кзади) тракция производится по направлению рукояток вплоть до появления подбородка, после чего затылок упирается под симфиз и из-за промежности рождаются подбородок, лоб, темя и затылок. При заднем виде (подбородок кпереди) щипцы накладываются также в поперечном размере, и после того, как шейка фиксируется под симфизом, рождение головки происходит в обратном порядке (затылок, темя, лоб и личико).

В нормальных случаях (головка в тазу) ограничиваются приемом Фейта-Смелли при переднем виде и «обратным» приемом Фейта-Смелли — при заднем.

В ненормальных случаях, когда головка стоит над входом в таз, уместны прием Виганда-Мартина-Винкеля (спинка кпереди) или «обратный пражский прием» (спинка кзади).

Применение щипцов требует более быстрой и более совершенной техники, но зато дает лучшие результаты, чем «обратный пражский прием» (Дедерлейн, Нюрнбергер).

Акушерская помощь при патологическом течении родов в предлежаниях тазовым концом

Если вследствие наступления какого-либо осложнения нельзя бывает выждать самопроизвольного рождения ребенка до плечевого пояса, и роды в интересах матери или плода должны быть ускорены, то следует применить извлечение за одну или обе ножки или за паховые сгибы, причем единственным обязательным условием для этих операций является наличие полного раскрытия зева.

Извлечение за одну или обе ножки есть метод выбора во всех тех случаях, где оно выполнимо, а именно: 1) если одна или обе ножки предлежат, т. е. при полном ягодично-ножном предлежании (обе ножки вместе с ягодицами), при неполном ягодично-ножном предлежании (одна ножка вместе с ягодицами), при полном и неполном ножных предлежаниях и полном и неполном коленных предлежаниях; 2) при чистом ягодичном предлежании, когда ножки не предлежат, но когда ягодицы плода стоят еще подвижно над входом в таз или уже вступили в него, но под наркозом или без него еще могут быть оттолкнуты, и таким образом возможно низведение ножки (рис. 580).

Извлечение за одну ножку производится в тех случаях: 1) когда предлежит одна ножка, т. е. при неполном ножном предлежании, при непол-



580. Экстракция за переднюю ножку при II ягодичном предлежании. Отодвинутые в большой таз ягодичцы большим пальцем оперирующей руки смещаются к правой подвздошной впадине, тогда как средний и указательный пальцы, захватив переднюю ножку, низводят ее.



581. Извлечение передней ножки путем низведения голени ее.

ном ягодично-ножном и неполном коленном; для извлечения употребляют обычно предлежащую ножку—безразлично, будет ли она передняя или задняя; 2) когда обе ножки лежат вместе с ягодичцами (полное ягодично-ножное предлежание) или обе ножки пригнуты к туловищу (чистое ягодичное предлежание), причем ягодичцы подвижны или могут быть сделаны подвижными. В этих случаях постоянно избирают для захватывания переднюю ножку.

Захватывание задней ножки при наличии условий для выбора неправильно, потому что при этом нарушается механизм родов, по которому является ведущей и рождается первой именно передняя ножка. Низведение обеих ножек является ошибочным, потому что тем самым без нужды уменьшается окружность предлежащей части.

Наибольшую окружность последняя имеет в случае полного ягодично-ножного предлежания (ягодичцы вместе с ножками). Без ножек окружность и тем самым расширяющая способность предлежащих ягодичц становится соответственно меньше. Поэтому наиболее благоприятным является полное ягодично-ножное положение, затем в нисходящем порядке следуют ягодично-ножное предлежание, чистое ягодичное, неполное ножное и наконец наименее благоприятно чистое ножное предлежание.



592. Извлечение за ножку при II предлежании тазовым концом.

Быстрое прохождение через родовые пути наиболее объемистой части плода (головка) тем легче, чем значительнее окружность тазового конца.

Поэтому извлечение за обе ножки применяется только при полном ножном или коленном предлежании, когда малой окружности предлежащей части (одни ягодицы) все равно изменить нельзя.

Экстракция за ягодицы уместна только в тех случаях, когда экстракция за ножку невозможна, т. е. при чистых ягодичных предлежаниях, когда ягодицы так плотно встали в малый таз, что даже под наркозом не могут быть отодвинуты.

Попытка низвести ножку при плотно или низко стоящих в малом тазу ягодицах или остается безрезультатной или в случае ее успешности ведет к перелому бедра.

Техника экстракции за тазовый конец

При всяком извлечении как за ягодицы, так и за ножки всегда имеется опасность запрокидывания ручек. Сила влечения с ягодиц или с ножек переходит только на туловище, но не распространяется на подвижно связанные с туловищем части, а именно голову и ручки. При нормальном членорасположении последние прилежат к грудной клетке: подбородок плотно соприкасается с ней, ручки на ней скрещены. При извлечении туловище как бы вытаскивается из-под них. Они не следуют за ним в малый таз. В подобных случаях освобождение ручек и извлечение головки являются делом, нелегким и отнимающим много времени, потому что головка и ручки лежат высоко, достигаются с трудом, а иногда вследствие ненормального их положения (ручка за затылком, головка с подбородком спереди) извлечение становится особенно затруднительным. Поэтому всегда надо заботиться, чтобы влечение снизу при экстракции комбинировалось с давлением сверху. Этого можно достигнуть, если влечение производить только во время схваток или если родовая деятельность недостаточна или отсутствует совершенно, акушерка обеими руками производит равномерное давление на дно матки во время тракций.

При извлечении за переднюю ножку она захватывается указательным и средним пальцами одной руки за голень тотчас выше лодыжки и низводится через половую щель, а именно круто книзу. Затем ножка обхватывается и второй рукой так, что большой палец приходится на сгибательную поверхность (икру), тогда как остальные пальцы обхватывают голень. Влечение производится круто вниз, пока голень не будет достаточно выведена, тогда первая рука, которая уже спустилась с ло-

дыжки, перемещается выше, захватывая ножку описанным образом. Таким образом обе руки акушера перемещаются все выше и выше по конечности, все время производя влечение ее по направлению книзу до тех пор, пока не появится из-под симфиза передняя ягодица. Тогда оперирующей четырьмя пальцами одноименной руки захватывает верхнюю часть бедра, а большой палец кладется на заднюю ягодицу ребенка параллельно крестцу (рис. 582) и производит влечение переднего бедра кверху, благодаря чему заднее бедро поднимается над промежностью. Как только паховой сгиб задней ножки становится доступным, указательный палец другой руки вводится в него, тогда как большой палец кладется на заднюю ягодицу, опять-таки параллельно крестцу, в то время как остальные пальцы согнуты (рис. 583). Затем делаются тракции за оба бедра в направлении проводной линии, а именно кверху и наискось, пока не выпадет сама собой другая ножка, после чего бедро захватывается всей рукой, так что



583. Извлечение за ножку при II предлежании тазовым концом. Введение согнутого крючком пальца в задний паховый сгиб.

становится одинаковым: большие пальцы лежат по обеим сторонам крестца, параллельно ему, остальные пальцы обхватывают бедра.

В таком положении руки акушера остаются до освобождения ручек плода, причем влекут ребенка в направлении проводной линии до тех пор, пока не появится нижний угол передней лопатки. Тогда приступают к освобождению ручек и извлечению головки.

При извлечении плода за заднюю ножку в случае ее предлежания при неполоном ягодично-ножном или ножном предлежании техника ничем не отличается от описанной. Нужно только длительное и сильнее производить влечение книзу, потому что после задней ягодицы, показывающейся первой, должна родиться из-под симфиза передняя ягодица. Положение рук, как сказано, остается таким же.

При извлечении за обе ножки каждая рука обхватывает голень. Руки перемещаются выше (правая и левая поочередно), пока не будут достигнуты ягодицы. Большие пальцы кладутся около крестца, остальные обхватывают верхнюю часть бедер. В остальном при этом

поступают так же, как было описано выше.

Извлечение за ягодицы

Ручное извлечение. Если ягодицы стоят в узкой части таза или еще ниже, так что колено родового канала ими уже пройдено, то акушер вводит указательный палец одноименной руки со стороны спинки в передний паховый сгиб (т. е. при II ягодичном положении указательный палец правой руки вводится в правый же паховый сгиб) (рис. 584) и производит потягивание книзу до тех пор, пока передняя ягодица не покажется под симфизом. Ввиду того что согнутый крючкообразно палец легко устает, для усиления тяги другая рука захватывает влекущую руку выше запястья. По рождении передней ягодицы большой палец влекущей руки кладется рядом с крестцом, и потягивание производится кверху, благодаря чему над промежностью показывается задняя ягодица. Коль скоро задний паховый сгиб становится доступным, вторая рука (т. е. при II ягодичном предлежании левая) занимает такое же положение по отношению к задней ягодице, какое



584. Извлечение за ягодицы при II предлежании тазовым концом. Захватывание передней ягодицы.

правая занимает по отношению к передней: указательный палец, согнутый крючком, заводится со спинки в задний паховый сгиб, а большой палец кладется параллельно крестцу (рис. 583). В этом положении обе руки остаются до тех пор, пока при влечениях, направленных наискось и кверху, не выйдут сами собой ножки, пригнутые к туловищу. После этого четырьмя пальцами захватываются бедра, в то время как оба больших пальца не меняют своего положения, и извлечение производится согласно описанным выше правилам (выведение туловища до углов лопаток, освобождение ручек, извлечение головки).

Извлечение щипцами, тупым крючком и петлей. Если ягодицы стоят уже плотно в тазу, но еще выше тазового дна, в таких случаях экстракция за паховые сгибы невыполнима. Еще высоко стоящий задний пах совсем не достигается, ниже стоящий передний достигается лишь с трудом, так что захватывание пальцем пахового сгиба бывает неполным

и потому необходимо хорошо обдумать, насколько возможно выжидать, пока ягодицы не опустятся ниже. Если решено действовать, то в клинических условиях надо иметь в виду прежде всего абдоминальное оперативное родоразрешение, т. е. кесарское сечение. При домашних родах можно применить наложение на ягодицы головных щипцов (Брандт, Дедерлейн, Вазо и др.), что дает наилучшие результаты в отношении плода.

Извлечение тупым крючком (Кюстнер), который вводится в задний паховый сгиб, или петлей (Линман), которая проводится в скатанном виде со спинки плода в передний паховый сгиб и затем раскатывается пальцем врача с брюшной стороны ребенка, является очень трудным и для ребенка небезопасным. В особенности это касается петли, которая может глубоко врезаться в мягкие части, доходя до кости, а при соскальзывании из сгиба на бедро ведет к его перелому. Последний при мертвом плоде безвреден, но при живом представляет тяжелое осложнение.

Прежде всего при таких извлечениях необходимо произвести широкое рассечение влагалища и промежности, чтобы исключить сопротивление со стороны тазового дна и облегчить доступ к плоду.

Трудности и ошибки при ведении родов в предлежаниях тазовым концом

1. Неправильный диагноз—смешение с лицевым предлежанием вследствие того, что задний проход ошибочно принимается за ротик, и наоборот.

Ротик: 1) палец легко может быть введен в него; 2) он ощущает при этом подвижный язык и острые края десен; 3) ребенок в ответ на раздражение, вызванное пальцем, нередко начинает делать сосательные движения; 4) вынутый изо рта палец остается чистым.

Задний проход: 1) палец в задний проход вводится беспрепятственно только у мертвого ребенка, а у живого—после преодоления или даже повреждения сфинктера; 2) вынутый из заднего прохода палец бывает загрязнен меконием.

2. Преждевременные мероприятия—следствиями их бывают нарушения нормального механизма родов (задние виды, запрокидывание ручек и разгибание головки, трудность освобождения ручек и извлечения головки); повреждения маточного зева—разрывы шейки (при наличии неполного открытия маточного зева), разрывы влагалища и промежности (при недостаточном растяжении мягких частей).

3. Ошибочные ручные приемы: а) захватывание пахового сгиба двумя пальцами вместо одного, следствием чего является перелом бедра; б) освобождение ручек одним пальцем вместо двух или даже полу- или целой руки (рис. 574), следствием чего бывает перелом ручки или ключицы; в) низведение ручек по спинке плода (вместо груди), следствием чего является перелом ручки в области эпифиза, в прогностическом отношении весьма неприятный; г) захватывание руками живота ребенка с вдавливанием концов пальцев в брюшные покровы при извлечении за тазовый конец (вместо того чтобы до освобождения ручек держать руки по обеим сторонам крестца), или при низведении ручек, когда передняя ручка вместе с туловищем штопорообразным движением переводится кзади (причем руки акушера должны лежать по обеим сторонам грудной клетки); следствие—раздавливание печеночной ткани и кровотечения из печени; д) неправильное выполнение приема Фейта-Смелли: поиски детского ротика сзади по средней линии вместо правой или левой стороны (следствие—замедление родового акта и смерть плода от асфиксии); введение пальца в одну из глазных впадин (след-

ствие—повреждение или полное разрушение глазного яблока); повреждение языка или нижней челюсти при одностороннем влечении только введенным в ротик пальцем без помощи наружной руки; повреждение шейной части позвоночника при одностороннем влечении только наружной рукой; повреждение половых частей ребенка (девственной плевы, яичек) при внутреннем исследовании.

ПОВОРОТ

Всякий поворот является комбинированным, потому что производится обеими руками. При этом мы можем различать два его вида:

1. Комбинированный поворот на ножку с помощью наружной и внутренней рук, соединяющий в себе приемы, обычно обозначаемые как «внутренний» и «комбинированный» повороты (по Бракстон-Гиксу).

Ней предлагает называть первый комбинированным ручным, а второй комбинированным пальцевым.

2. Комбинированный поворот наружными приемами (поворот на головку).

Комбинированный поворот на ножку при поперечном положении ребенка с помощью наружных и внутренних приемов

Условия: 1. Раскрытие маточного зева, достаточное для прохождения через него не менее двух пальцев, которые захватывают и низводят ножку (поворот по Бракстон-Гиксу). Чем больше раскрытие, тем лучше. Если зев пропускает всю руку (раскрытие величиной с ладонь и более), то ориентировка в полости матки и производство поворота значительно облегчаются.

При полном раскрытии—но только тогда!—поворот заканчивается извлечением плода.

2. Достаточная подвижность плода в матке. Наиболее легким является поворот при двойнях, когда его производят на другом плоде после рождения первого, так как при этом всегда имеется много свободного места для поворачивающей руки. При одном ребенке поворот тем труднее, чем плотнее матка охватывает тело плода. Таким образом поворот является наиболее легким при целых водах или водах, отошедших непосредственно перед операцией. В это время мускулатура матки является еще вялой, податливой, а плод в полости матки, наполненной водами или только что освободившейся от них, легко подвижен.

Чем дольше продолжались схватки после отхождения вод, тем теснее и плотнее охватывает матка тело плода, тем сильнее фиксирует его, тем больше бывает сопротивление, оказываемое руке акушера маточной стенкой, и тем меньше пространство между плодом и маткой—то пространство, в котором работает рука акушера.

При запущенном поперечном положении ребенок бывает плотно сжат растянутым нижним маточным сегментом, так что время для поворота является упущенным. Попытки к нему ведут к насильственному разрыву матки. Разрыв этот происходит либо при проведении руки между головкой и растянутым нижним сегментом либо при самом поворачивании плода и низведении ножки.

Поэтому нужно точно всегда установить:

1) когда в данном случае отошли воды;

2) какова была родовая деятельность после разрыва пузыря. Случается нередко, что несмотря на отхождение вод родовой деятельности не наступает совершенно или она имеет слабо выраженный характер, так что даже через много часов после разрыва пузыря поворот не представляет никаких затруднений;

3) имеется ли в данном случае запущенное поперечное положение, что с точностью распознается при исследовании, производимом под глубоким наркозом; последний вообще необходимо применять при всяком повороте. Если рука, вводимая в матку, встречает сопротивление, которое может быть преодолено только насильственным путем, в таких случаях приходится изменять план операции и извлекать плод, все равно уже почти всегда мертвый или сильно пострадавший, с помощью декапитации.

Школа Винтера (Винтер, Закс, Хаммершлаг) при преждевременном отхождении вод предпочитает выжидать полного раскрытия и только тогда производить поворот и извлечение. Так же поступают и при сильных схватках во время раскрытия. Разумеется слишком долго ждать совершенного раскрытия нельзя, так как при этом могут быстро развиваться явления, свойственные запущенному поперечному положению.

Этими соображениями может руководствоваться только очень опытный и наблюдательный акушер, так как запущенное поперечное положение может образоваться также в периоде раскрытия вскоре после преждевременного отхождения вод. Распознать опасность при этом бывает трудно, но еще труднее избежать тяжелых осложнений.

Детская смертность такова: при повороте после своевременного отхождения вод она равна 15,3%; после поворота при преждевременном разрыве пузыря, если с поворотом ждали полного раскрытия,—26,5%, если его произвели при раскрытии величиной с ладонь—34,8%, если поворот сделан при зеве, пропускающем 2—3 пальца,—50%.

Материнская смертность при повороте, произведенном *lege artis*, меньше 1%, если не сопутствуют другие осложнения вроде эклампсии, предлежания последа и т. д.

Некоторые авторы при преждевременном отхождении вод вводят метрейринтер, после изгнания которого производят поворот и извлечение.

Поперечное положение без выпадения ручки

1. Ощупывают предлежащее плечико; подмышечная впадина закрыта с той стороны, где лежит головка.

Подмышечная впадина закрыта влево:

Подмышечная впадина закрыта вправо:

I поперечное положение, передний вид.
II поперечное положение, задний вид.

I поперечное положение, передний вид.
II поперечное положение, задний вид.

После того как установлено, в какую сторону (вправо или влево) закрыта подмышечная впадина, из указанных четырех возможностей остается принимать во внимание только две.

2. Распознавание вида удается путем ощупывания туловища плода: при переднем виде можно бывает ощупать остистые отростки позвонков и лопатку, при заднем—нет.

Поперечное положение с выпадением ручки

Выпадает всегда ручка, соответствующая предлежащему плечико. Чтобы определить, какая именно ручка выпала, ее надо повернуть ладонью кверху, и если при этом большой палец окажется обращенным к правой стороне матери, то значит выпавшая ручка—правая, если к левой—значит левая.

Правая ручка может выпасть:

при переднем виде I поперечного положения,
при заднем виде II поперечного положения.

Левая ручка может выпасть:

при переднем виде II поперечного положения,
при заднем виде I поперечного положения.

После того как установлено, какая ручка выпала, из четырех мыслимых разновидностей поперечного положения остается иметь в виду только два. Какое из них имеется в данном случае, решается путем того, с какой стороны закрыта подмышечная впадина.

Выпадение правой ручки, подмышечная впадина закрыта слева—передний вид I поперечного положения.

Выпадение правой ручки, подмышечная впадина закрыта справа—задний вид II поперечного положения.

Выпадение левой ручки, подмышечная впадина закрыта справа—передний вид II поперечного положения.

Выпадение левой ручки, подмышечная впадина закрыта влево—задний вид I поперечного положения.

Довольно частая ошибка, которую допускают при выпадении ручки, особенно при упражнении на фантоме,—это когда за подмышечную впадину принимают расстояние между шейкой и ручкой. Если угол между ними неправильно распознать как подмышечную впадину, то само собой разумеется будут получены неправильные результаты. Ошибки легко можно бывает избежать, если всегда производить ощупывание ребер, которые легко прощупываются в подмышечной впадине и отсутствуют со стороны шейки.

Выбор руки для поворота

Выбирается та рука, у которой после введения в полость матки ладонная поверхность будет обращена к плоду, а тыльная—к стенке матки, т. е. при I поперечном положении (ножки справа)—левая рука, при II поперечном положении (ножки слева)—правая.

Если в результате ошибочного диагноза выбор руки оказался неправильным, напр. при I поперечном положении введена правая рука, то, достигнув ножек, она оказывается обращенной к ним тыльной стороной, в то время как ладонная поверхность направлена к стенке матки. Пальцы захватывают таким образом маточную стенку, а не части плода. Чтобы получить возможность правильно захватить ножку, нужно повернуть руку в матке. Во всяком случае никогда не следует однажды введенную, хотя и неправильно, руку извлекать и заменять ее другой рукой, потому что при таком двукратном введении увеличивается вдвое опасность инфекции.

Что делает «наружная» рука?

Перед наружной рукой стоят следующие задачи:

1) она отводит кверху плечико и головку ребенка с тем, чтобы облегчить введение внутренней руки (рис. 585);

2) после введения последней она подталкивает ягодицы плода до тех пор, пока внутренняя рука не захватит ножку (рис. 586);

3) после захватывания ножки внутренней рукой наружная рука опять возвращается к отведению головки для того, чтобы облегчить низведение ножки и перемещение головки кверху (рис. 587).

Часто поворот не удается потому, что акушер забывает пустить в ход наружную руку и таким образом производит поворот не комбинированными приемами, а только одними внутренними.



585. Комбинированный поворот внутренними и наружными ручными приемами при II поперечном положении. 1-й момент—внутренняя рука отодвигает вверх плечико, а наружная—головку.

Выбор ножки, на которую надо производить поворот

При повороте плод надо повернуть так, чтобы спинка его при переднем виде осталась обращенной кпереди, а при заднем виде перешла в передний вид. Для этого необходимо при переднем виде захватывать нижнюю ножку, а при заднем поворачивать на обе ножки.

Иногда еще и теперь дают совет делать при заднем виде поворот на верхнюю ножку. Совет этот является плохим, потому что такой поворот способствует ненормальному поворачиванию туловища плода, задержке ягодиц за симфизом, запрокидыванию ручек за затылок и патологическим положениям головки.

В случаях очень трудного поворота надо довольствоваться тем, что удалось захватить какую бы то ни было ножку, на которую и надо поворачивать независимо от того, передняя она или задняя. В таком случае было бы непростительной глупостью выпустить захваченную ножку для того, чтобы затем искать правильную. Вообще надо сказать, что правильная позиция спинки зависит не только от выбора ножки, но—и это пожалуй более важно—также от правильной техники поворота и от последующего извлечения. Довольно часто при «правильной» ножке неправильное направление спинки способствует образованию заднего вида, а при ошибочно захваченной ножке в результате правильного оперирования спинка поворачивается кпереди.



586. Комбинированный поворот наружными и внутренними ручными приемами при II поперечном положении. 4-й момент—наружная рука давит на ягодицы, внутреннего проводится к нижней ножке.

такт с маточной стенкой, что значительно повышает опасность инфекции.

Преимущество, заключающееся в том, что при высоком боковом разрыве пузыря истечение жидкости меньше и поэтому поворот облегчается, не имеет значения. Даже и при низком разрыве оболочек рука так быстро проникает в матку, что большая часть околоплодных вод задерживается предплечьем, выполняющим маточный зев.

Если ручка выпала, на нее накладывается петля из марлевой полосы или из какой-либо льняной тесемки, хорошо простерилизованной.

Захватывание ручки петлей представляет то преимущество, что позднее при извлечении акушеру не нужно бывает рукой извлекать ее,—он может сделать это потягиванием за петлю.

При введении руки во влагалище захваченная петлей ручка отводится в ту сторону, где лежит головка плода. Петля опускается совершенно или удерживается очень слабо, во всяком случае не натягивается, для того чтобы не препятствовать повороту ребенка.

Обратное вправление выпавшей, а также преднамеренно или случайно вытащенной ручки является грубой ошибкой. Это вправление затрудняет течение операции и часто не удается, так как ручку трудно вправить обратно, заправленная же ручка опять выпадает повторно. Вместе с тем заправление ручки является лишним, так как выпавшая

Поэтому совет некоторых авторов (Фрич) захватывать ту ножку, до которой легче и удобнее добраться, имеет свое обоснование. В случаях, где после извлечения ножки повернуть ребенка не удастся, принципиально показан поворот на обе ножки.

Разрыв пузыря

Если пузырь цел, его надо перед поворотом разрывать всегда на уровне маточного зева.

Я безусловно возражаю против того, чтобы идти между оболочками и маточной стенкой, как это рекомендуется некоторыми, до тех пор, пока не будут достигнуты ножки, и только там разрывать пузырь. Находящиеся на руке микроорганизмы при этом входят в непосредственный кон-



587. Комбинированный поворот внутренними и наружными приемами при II поперечном положении. 3-й момент—наружная рука отодвигает головку вверх, внутренняя низводит захваченную ножку.

ручка не мешает повороту, а при вправлении ее в дальнейшем требуется прибегать к ее освобождению. Наконец этот прием увеличивает опасность инфекции вследствие занесения инфекционных начал с половой щели и влагалища в матку.

Введение «внутренней руки»

Руки в перчатках обмываются раствором лизола или крезола, чтобы быть более скользкими. Смачивание рук раствором сулемы или спиртом делает их шероховатыми и тем затрудняет введение. Специальные вещества, придающие скользкость (масло, ланолин), излишни. Вытянутые пальцы прижимаются один к другому, большой палец подгибается, рука принимает по возможности коническую форму (рис. 585) и вводится во влагалище тем осторожнее, чем оно уже, в то время как другая рука раскрывает половую щель.

В очень редких случаях у первородящих введение руки требует особенной осторожности, так как при этом может возникнуть разрыв промежности и влагалища III степени.

Как только внутренняя рука полностью вступила во влагалище, наружная рука перемещается на брюшные покровы в сторону головки, и обе руки способствуют лучшей проходимости в полость матки. Внутренняя рука проходит через маточный зев, приподымает плечико плода и отодвигает его в сторону головки, наружная же рука помогает этому, отодвигая головку в том же направлении.

Отыскивание ножки

Для этого есть два пути:

1) внутренняя рука от плечиков передвигается вдоль края туловища до ягодиц, затем на бедро и голень;

2) с плечика рука переходит по животу непосредственно к ножкам; первый путь длиннее, но он более верный. При втором можно бывает захватить пуповину и ручки, лежащие рядом с ножками.

Чтобы не смешать ручки с ножкой и не низвести ее наружу вместо ножки, необходимо иметь в виду следующие признаки:

Н о ж к а

1. На месте перехода стопы в голень прощупывается заостренная пятка.
2. Разница в длине пальчиков ножки не так бросается в глаза, как пальчиков ручки.

Р у ч к а

1. Переход кисти в предплечье (запястье) ровный.
2. Большой пальчик ручки значительно короче других пальчиков.
3. Большой пальчик ручки способен к приведению и отведению.

Пуповины надо по возможности избегать. Если она попадает в руку, надо постараться перевести ее на тыльную поверхность руки, чтобы таким образом предупредить случайное ее захватывание и повреждение.

Внутренняя рука свое передвижение для нахождения ножки должна производить только во время паузы между схватками. Во время схваток матка оказывает резкое противодействие передвижению руки, сжимая кисть и предплечье настолько крепко, что рука становится недвижимой и оперирующий ощущает значительную болезненность от сдавления.

В то время как внутренняя рука ищет ножку, наружная рука помогает ей, оказывая через брюшные стенки противодействие на ягодичцы. Если этого не делается, то внутренняя рука отталкивает тело плода, не встречающее сопротивления, в дно матки, и здесь в глубине гораздо труднее бывает найти ножку плода (рис. 586).

Поворачивание ребенка

После нахождения ножки внутренняя рука скользит до голени и захватывает ее либо большим, указательным и средним пальцами либо двумя последними вилообразно выше лодыжки.

Наружная рука переходит на противоположную сторону—туда, где лежит головка, и способствует ее перемещению вверх, в то время как внутренняя рука тянет за ножку книзу.

Таким образом поворачивание плода производится совместно обеими руками, которые должны действовать, отходя в стороны, не растягивая маточных стенок. Поэтому внутренняя рука производит влечение книзу и к середине, а наружная рука отталкивает головку кверху и тоже к средней линии. Плод при поворачивании остается согнутым, и стенки матки не подвергаются перерастяжению (рис. 587).

Захваченная ножка низводится всегда в сторону брюшной поверхности плода, так как при низведении в сторону спинки неизбежен перелом бедра.

Итак совместные действия обеих рук при операции поворота заключаются в следующем.

1-й м о м е н т. Обе руки действуют около головки—наружная отводит последнюю через брюшные стенки, кверху, внутренняя изнутри отталкивает кверху плечико. Этот момент очень короток или даже совсем отсутствует, если плечико и головка не составляют препятствия для продвижения руки в полость матки (рис. 585).

2-й момент. Обе руки действуют в зоне ягодичц плода—наружная подталкивает их книзу, внутренняя передвигается вверх в полостях ножки (рис. 586).

3-й момент. Наружная рука действует около головки, отводя ее кверху, внутренняя рука—на захваченной ножке, потягивая ее книзу (рис. 587).

Поворот является законченным, когда поперечное положение переходит в продольное ножное, и ягодицы устанавливаются во входе в таз, что бывает в тот момент, когда колено ребенка появляется в половой щели.

Затруднения при повороте

1. Затруднение при введении руки. При весьма узкой и нерастяжимой половой щели следует для предупреждения полного разрыва промежности и обеспечения быстрого извлечения плода произвести эпизиотомию или даже глубокий влагалично-промежностный разрез.

При очень сильных и частых схватках, которые препятствуют введению руки, необходим глубокий наркоз для того, чтобы решить вопрос, возможен ли еще поворот, а в случае положительного решения его—ослабить по возможности противодействие, оказываемое руке.

В некоторых случаях, когда продвижение надлежащей руки не удается, а с противоположной стороны имеется больше места и другая рука легче сможет пройти мимо грудки плода к ножкам, покажется и даже рекомендуется перемена руки.

2. Затруднения при поворачивании ребенка. Если поворот не удастся, виной этого может быть погрешность в оперативной технике,—наружная рука действует недостаточно или не там, где следует, влечение за ножку производится неправильно, именно недостаточно центростремительно.

Если при низведении одной ножки поворот все же не удастся, то нужно захватить вторую ножку. Если и это оказывается недостаточным, тогда применяют «двойной ручной прием Юстины Зигемундин» (рис. 588).

Ножка вытягивается по возможности ниже, и на нее повыше лодыжек накладывается петля, концы которой оттягиваются другой рукой. После того как петля укреплена на ножке, внутренняя рука выводит из влагаллица и захватывает свободные концы петли. Другая рука вводится около петли во влагаллице по направлению к плечу или головке. В то время как рука, находящаяся снаружи, производит влечение за петлю к середине и книзу, внутренняя рука отталкивает головку кверху и к середине. Поворот происходит при одновременном потягивании за ножку и давлении на головку в матке. Так как во влагаллице для размещения потягивающей и отталкивающей рук нет места, первая производит влечение с помощью петли, которая представляет собой как бы удлинение руки.

Этот прием, который во многих учебниках рассматривается к сожалению как исторический курьез, я считаю превосходным.

Иногда ребенка не удается повернуть вследствие обвития пуповины или уродства плода. Эти затруднения большей частью трудно своевременно и правильно распознать с тем, чтобы в первом случае перерезать пуповину, а во втором—произвести эмбриотомию.

Извлечение плода после поворота

Извлечение плода непосредственно вслед за поворотом зависит только от степени раскрытия маточного зева, а не от наличия какого-либо особенного показания. Необходимый всегда для выполнения операции поворота наркоз, если это возможно, продолжается до полного окончания родоразрешения.



588. Поворот на переднюю ножку при II поперечном положении двойным ручным приемом Юстины Зигемундин.

Таким образом, если маточный зев после окончания поворота совершенно раскрыт, нужно тут же извлекать плод. Если же полного раскрытия зева после поворота еще нет, тогда и с извлечением следует ждать до наступления полного открытия, для ускорения которого привешивается груз к ножке плода. В каждом случае однако независимо от того, будет или не будет непосредственно следовать за поворотом извлечение, необходимо после окончания поворота сделать паузу, при которой низведенная ножка оставляется в покое.

Эту паузу акушер использует для того, чтобы вторично продезинфицировать свои руки, загрязненные при повороте. Однако еще более эта пауза оказывается полезной для ребенка, который получает покой в своем новом вынужденном положении. Захватывание и низведение ножки сопряжены с очень резким раздражением, на которое ребенок отвечает рефлекторно энергичными движениями. При этом головка и ручки его иногда принимают крайне неблагоприятное для извлечения положение. Если в таких случаях приступить немедленно к извлечению за низведенную ножку, то головка и ручки ребенка, оставаясь в неблагоприятном положении, могут создать большие трудности для родоразрешения. Если же низведенной ножке предоставляется покой, то тем самым прекращается раздражение, головка и ручки могут вновь принять свое физиологическое положение, которое в дальнейшем удастся фиксировать при извлечении давлением со стороны брюшной стенки.

Насколько длительна должна быть эта пауза, зависит от степени раскрытия маточного зева: если оно полное, то можно удовлетвориться несколькими минутами, в противном случае надо выждать полного раскрытия зева.

Техника извлечения за ножку описана в главе о предлежаниях тазовым концом.

Одно особенно важно здесь подчеркнуть: направление, в котором должны производиться влечение и поворачивание, определяется самим ребенком, но отнюдь не оперирующим акушером. Всякое установившееся самостоятельно тазовое предлежание является положением, обусловленным пространственными соотношениями, в то время как создаваемое при повороте неполное ягодичное предлежание представляет искусственное, довольно грубое исправление положения, при котором можно считать цель достигнутой только после установки ягодиц во входе в таз. Является ли при этом позиция ребенка по окончании пово-

рота благоприятной для дальнейшего течения родов, с достоверностью определить невозможно даже в тех случаях, когда поворот произведен на надлежащую ножку. Неправильно оперирует тот акушер, который заранее составляет план наилучшего и кратчайшего пути, по которому будет идти ребенок, и тех поворотов, которые он произведет, и затем стремится выполнить этот план при любых обстоятельствах. Тем самым он отказывается от использования изгоняющих сил для возможного исправления положения ребенка и определения того направления, в котором действительно надо произвести поворот и извлечение плода.

Пример. При переднем виде I поперечного положения низводится нижняя ножка и тем не менее создается задний вид неполного ножного предлежания. Составляется план путем вращающего влечения перевести спинку слева и сзади влево. Однако спинка не следует влечению в этом направлении, ибо она встречает значительно меньшее сопротивление при следовании по более длинному пути, а именно поворачиваясь слева и сзади кзади, затем кзади и вправо и наконец вправо. Все это акушер должен своевременно распознать, чтобы изменить свой план, принять указанное направление способствовать повороту направо. Таким образом не всякий кратчайший путь является наилучшим.

Поэтому, прежде чем приступить к влечению или поворачиванию, надо выждать действие схватки, *resp.* давления на дно матки, производимого акушеркой, чтобы учесть изменения в положении ягодиц под влиянием этого сокращения или давления. Влечение плода следует производить в определенном направлении при этом направлении легко рукой,



589. Освобождение ручки «ненадлежащей» рукой при спинке, обращенной кзади. 1-й момент—правая рука оттягивает ножки к паховому сгибу, левой полурукой акушер вдоль спинки добирается до плечика.



590. Освобождение ручки «ненадлежащей» рукой при спинке, обращенной кзади. 2-й момент—правая рука энергично тянет ножки вниз, левая полурука отводит правую ручку вдоль грудной клетки вниз.

определяя силу оказываемого сопротивления и будучи постоянно готовым регулировать направление влечения в зависимости от этого сопротивления. Если при извлечении спинка остается кзади, то ручки освобождаются «ненадлежащей» рукой акушера, т. е. левая—правой, а правая—левой, как это представлено на рис. 589 и 590. Для извлечения последующей головки применяется либо обратный прием Фейта-Смелли—при головке, стоящей в тазу, либо «обратный пражский прием» или щипцы—при головке, стоящей над входом в таз.

Комбинированный поворот на ножку при головных предлежаниях с помощью наружных и внутренних приемов

I. Для исправления положения плода исключительно в его интересах при условиях: 1) маточный зев должен быть открыт не менее, как на два пальца; 2) головка должна стоять подвижно над входом в таз или делаться подвижной при отталкивании ее из малого таза; 3) плод должен быть еще подвижен.

Показания. а) Сужения таза I и II степеней (так наз. профилактический поворот, Фрич). Преимущества: низведенная ножка является рукояткой, с помощью которой можно регулировать дальнейшее течение родов, последующая головка идет легче через узкий таз, чем предлежащая (головка образует клин с верхушкой у шейки). Недостатки: операция является ненужной в тех случаях, где при выжидании головка самопроизвольно проходит через таз; кроме того быстрое протаскивание через костный таз неконфигурировавшейся головки легко ведет к ее повреждениям (переломы, внутричерепные кровоизлияния).

В условиях стационара без этой операции можно вполне обойтись, при родах же во внестационарной обстановке она иногда является показанной.

б) Неблагоприятное вставление головки, дающее плохой прогноз (часто из-за узкого таза), в особенности лицевое предлежание с подбородком кзади, лобные и заднетеменные вставления.

И в этих случаях поворот является профилактическим, потому что нельзя заранее установить, что подбородок не ротируется вперед или что лобное предлежание не превратится в более благоприятное лицевое, а также—что задняя теменная кость не опустится. Тогда поворот оказался бы излишним, а установка предлежания тазовым концом—невыгодной. В противном случае остается или перфорировать ребенка или попытаться спасти его с помощью поворота.

в) Выпадение пуповины, при котором необходимо ускорение родов в интересах ребенка.

II. Для возможно быстрого окончания родов при наличии опасности для жизни матери в тех случаях, когда головка находится еще над входом, стало быть поворот последующим извлечением представляет единственный способ родоразрешения (напр. при лихорадке, падении сердечной деятельности, преждевременной отслойке нормально прикрепленной плаценты).

В этих случаях приходится иногда производить извлечение и при неполном раскрытии маточного зева либо с помощью надрезов шейки либо, если плод мертв, после перфорации последующей головки.

III. Для остановки кровотечения при предлежании последа (в интересах матери).

Это—единственное показание для поворота из головного предлежания, которое преследует не изменение к лучшему положения плода и не ускорение родов, а имеет своей единственной задачей низведенными ягодицами прижать плаценту к маточной стенке и таким образом создать из ягодиц тампон, останавливающий кровотечение.

При повороте этом не имеется в виду интересов плода, извлечение которого ни при каких обстоятельствах не должно следовать непосредственно за поворотом.

Техника поворота на ножку при головном предлежании

Приемы, выбор руки и совместные действия обеих рук при выполнении операции остаются такими же, как и при повороте из поперечного положения. Поворот производится на переднюю ножку, лежащую непосредственно выше головки и потому легко достижимую, или на обе ножки. Иногда при нем ошибочно смешиваются колено плода с локтем (первое имеет круглые очертания, в нем можно различить подвижную коленную чашечку, второе представляется заостренным).

Наружный комбинированный поворот на головку

Наиболее благоприятным предлежанием плода является головное, а наилучший прогноз дают те роды, при которых не было никаких внутренних манипуляций. Оба эти положения обосновывают попытку при поперечном положении произвести наружными приемами поворот плода, чтобы перевести его в головное предлежание.

Техника очень проста: одна рука кладется на брюшные покровы около головки, другая—возле ягодиц, первая смещает головку книзу, вторая—ягодицы кверху; поворот, если он удается, совершается в один прием или постепенно.

Необходимым условием для наружного поворота является подвижность плода. Пузырь должен быть цел или совсем недавно разорван. Брюшные стенки должны быть не особенно толстыми, чтобы можно было через них хорошо определять и головку и ягодицы.

Майс предлагает длительно отдавливать головку ребенка в сторону брюшка, что вызывает рефлекторно разгибательное движение ножек, которое активно способствует повороту ребенка. Если же отдавливать головку плода в сторону спинки, то получается реакция, которая либо значительно затрудняет операцию поворота либо делает ее невозможной.

Если поворот удался, необходимо закрепить головное предлежание, что является самой трудной задачей. Само по себе поперечное положение является не случайностью, а обуславливается определенными причинами (узкий таз, отвислый живот, пороки развития матки и пр.). Так как эти причины при повороте не устраняются, то довольно часто они вызывают повторное отклонение головки от входа в таз. Поэтому после поворота необходимо фиксировать головку. Если поворот производится в конце беременности, то этого можно достигнуть с помощью наложения валиков по обеим сторонам плода и последующего бинтования живота или положения женщины на боку, куда отклоняется головка.

При повороте в периоде раскрытия перемещение плода производится только во время пауз, а во время схваток обеими руками стараются сохранить достигнутое положение. Когда головное предлежание достигнуто, его надо фиксацией головки и ягодиц сохранить до момента раз-



591. Комбинированный поворот на ножку при I черепном предлежании и зеве, раскрытом на 2 пальца.

рыва плодного пузыря (крайне трудная задача); для этого передают задачу сохранения продольного положения акушерке, а врач производит искусственный разрыв плодного пузыря в надежде, что вслед за истечением вод головка плотно встанет во вход таза. Так как эта надежда однако может не сбыться, то разрыв плодных оболочек надо производить при таком раскрытии зева, при котором возможно введение руки для комбинированного внутреннего поворота.

После отхождения вод, т. е. уже в периоде изгнания, наружный комбинированный поворот невозможен, потому что плод в матке обладает уже крайне незначительной подвижностью. Исключение представляет лишь второй ребенок при двойнях, который после рождения первого оказывается настолько подвижным, что легко может быть перемещен в любое положение. В этих случаях надо прежде всего сделать попытку наружного комбинированного поворота на головку.

Все остальные методы поворота имеют лишь исторический интерес. Это особенно справедливо по отношению к внутреннему комбинированному повороту на головку.

Входя рукой в матку для поворота, врач должен наверное достигнуть цели, т. е. создать продольное положение. Цель эта достигается лишь поворотом на ножку с изведением ягодиц, устанавливаемых во входе, а отнюдь не поворотом на головку, при котором последняя может остаться подвижной над входом без обеспечения фиксации ее в тазу.

Способы расширения родового канала

Извлечение плода щипцами или за тазовый конец возможно лишь при совершенном раскрытии маточного зева, почему иногда в интересах матери или плода возникают показания к расширению шейки до полного раскрытия. Для этого существуют кровавые и некровавые методы расширения. Первые действуют быстро, вторые—медленно.

Некровавые способы расширения

Метрейриз (маточный баллон) и **кольпейриз** (влагалищный баллон)

Метрейринтер, введенный за внутренний зев, действует двояким образом:

1) непосредственно и механически, т. е. растягивая прежде всего внутренний зев, затем—канал шейки и наконец наружный зев и тем самым способствуя раскрытию цервикального канала до величины своего собственного обхвата и 2) посредственно и рефлекторно, так как давление, оказываемое им в области внутреннего зева, вызывает и поддерживает родовую деятельность. Оба эти действия могут быть усилены при подвешивании на конец отходящей от метрейринтера трубки груза, который увеличивает давление, оказываемое метрейринтером. При этом конусообразная верхушка последнего постепенно внедряется во внутренний зев в такой же мере, как при нормальных условиях проникает в него во время схваток нижний полюс плодного яйца. Таким образом, продвигаясь изнутри кнаружи, метрейринтер расширяет цервикальный канал физиологическим образом.

Этот эффект при внутриматочном введении кольпейринтера достигается не так хорошо. Шаровидный балон образует выше маточного зева круглый шар, который нелегко может конусообразно продвинуться в канал шейки, ибо податливая каучуковая стенка его, встречая сопротивление со стороны плотной неподатливой шейки, сильно сжимается, и балон выталкивается через незначительно открытый цервикальный канал. Простая резиновая трубка кольпейринтера легко разрывается кроме того при нагрузке. Поэтому следует предпочесть крепкий конусообразный метрейринтер, а резиновый кольпейринтер применять лишь в виде исключения.

Условия для метрейриза: 1) влагалище, вульва и окружающие ее части должны быть свободны от острых воспалительных процессов (в противном случае возникает большая опасность восходящей инфекции);

2) предлежащая часть должна подвижно стоять над входом в таз или становиться подвижной после легкого отталкивания ее (в противном случае выше внутреннего зева нет места для помещения метрейринтера);

3) беременность должна быть не меньше VIII месяца (раньше полость матки недостаточно велика, чтобы вместить метрейринтер, и вследствие этого возникает угроза разрыва ее стенок);

4) канал шейки должен быть проходим для двух пальцев.

Показания: 1) необходимость ускорения родоразрешения (повышение температуры при родах, гидрамнион, выпадение пуповины, ухудшение сердечных тонов у плода);

2) возбуждение искусственных преждевременных родов;

3) остановка кровотечения при предлежании последа.

Техника: простерилизованный кипячением балон сворачивается наподобие сигары, согнутым концангом или специальными щипцами с длинными окончатými ложками захватывается таким образом, что конец его выдается над верхушкой щипцов (рис. 592), и медленно вводится в цервикальный канал по направлению оси таза. Если окажется, что канал шейки раскрыт недостаточно, тогда либо берется маленький метрейринтер или даже кольпейринтер, который при сворачивании имеет меньший объем, либо производится предварительное расширение шейки расширителями; наркоз у многоплодных даже в этом последнем случае не является необходимым. После того как щипцы с балоном миновали канал шейки, они приоткрываются, но оставляются *in situ* до тех пор, пока балон не будет заполнен 5% раствором крезола или лизола. При этом пальцем, введенным во влагалище, контролируют через наружный зев положение метрейринтера. Если тотчас же извлекать щипцы, то легко целиком или только частично вытащить и метрейринтер; напротив, если он уже немного расправился, то не будет следовать



592. Приготовленный к введению метрейринтер.

за щипцами. Необходимо точно знать, сколько жидкости балон вмещает и насколько плотно он наполнен. Наполнение метрейринтера должно быть максимальным. Для этого лучше всего пользоваться 100-граммовый шприц. К резиновой трубке метрейринтера привязывается бечевка, которая, помещаясь между ногами родильницы, достигает конца постели, и здесь на нее подвешивают определенного веса груз или просто бутылку, соответственно наполненную водой. Груз должен быть настолько тяжелым, чтобы трубка метрейринтера была туго натянута.

Метрейринтер должен лежать между оболочками плодного яйца и стенкой матки, когда он вводится для вызывания преждевременных родов, и внутри оболочек—когда он применяется для остановки кровотечения при предлежании плаценты. Поэтому в первом случае нижний полюс яйца должен быть осторожно отодвинут, что обычно достигается само по себе действием расправляющегося балона (рис. 593); в последнем случае до введения балона следует разорвать оболочки (рис. 594). Если метрейринтер предназначен для ускорения родоразрешения, тогда в случае, где требуется спешить, или в случае чрезмерного растяжения матки (гидрамнион) или если этого растяжения желательнее избежать (эклампсия), — во всех этих случаях предварительно надо разорвать плодный пузырь.

Расширение шейки можно ускорить с помощью потягивания за узкий конец метрейринтера, что всегда происходит успешнее под наркозом и применяется только в случаях острой опасности для матери. Быстрота, с которой достигают этой цели, колеблется от нескольких минут до часа и даже более в зависимости от податливости шейки и уже имевшегося раньше открытия. Верного и быстрого родоразрешения с помощью метрейринтера можно достигнуть далеко не всегда. Все-таки—это единственный способ достигнуть данной цели, имеющийся в распоряжении врача в условиях домашних родов.

Вызванные балоном схватки могут быть усилены инъекциями питуитрина. Когда раскрытие зева достигнет диаметра балона, последний выталкивается под влиянием родовой деятельности. Тогда производится внутреннее исследование для того, чтобы установить, имеется ли полное открытие, как содержатся плодный пузырь и предлежащая часть, не наступили ли какие-либо осложнения родового акта вроде выпадения пуповины или мелких частей и таким образом не нужно ли повторное введение балона большей величины или возможно окончание родов при имеющихся условиях. При полном открытии зева можно ждать самостоятельного родоразрешения, но можно произвести и поворот на ножку. Последний оказывается более верным способом, так как низ-



593. Наполненный метрейринтер *in situ*, лежащий вне яйца.

веденная ножка является рукояткой, с помощью которой можно оказать влияние на дальнейшее течение родов и предотвратить некоторые осложнения, наступление которых возможно при предоставлении родов самопроизвольному течению (прекращение схваток, отсутствие вставления предлежащей части, выпадение пуповины и асфиксия ребенка). С другой стороны, самостоятельные роды в затылочном предлежании, протекающие без осложнений, несомненно благоприятнее для ребенка, нежели извлечение за тазовый конец.

Отрицательные стороны метрейриза. 1. Практические врачи, для которых метрейриз особенно рекомендуется, избегают его, потому что он представляется им довольно сложным и потому что они боятся инструментальных манипуляций в матке. Разумеется при нем возможны разрыв матки и глубокие надрывы шейки, особенно в тех случаях, когда балон введен в слишком маленькую матку (первая половина беременности), или расширение им форсируется при почти закрытом, неподатливом канале шейки.

Иногда эти осложнения наступают при метрейризе в конце беременности и без всякой технической погрешности. Известны отдельные случаи наблюдавшихся при этом тяжелых повреждений. Так, Опиц наблюдал у 40-летней VI-para параметральную гематому после метрейриза с грузом, вследствие чего потребовалась полная экстирпация матки. Санитер описал случай отрыва шейки, родившейся вместе с балоном у 23-летней I-para при предлежании детского места. Подобные же случаи отрыва шейки после введения цвейфелевского балона наблюдали Виман у 17-летней и Бетман (рис. 595) у 24-летней первороженки.

2. Опасность восходящей инфекции, возможности которой нельзя отрицать, так как в матке часто в течение многих часов находится постороннее тело, которое для инфекции является как бы мостом, переброшенным между влагалищем и полостью матки. Эта опасность невелика¹, если балон стерилизован, влагалище перед его введением продезинфицировано, и наконец врач работает асептично. Во всяком случае опасность инфекции относительно больше при более глубоком введении балона в полость матки.

¹ С этим трудно согласиться: необходимо иметь в виду, что метрейринтер плотно закупоривает матку, как пробка горлышко бутылки; поэтому патогенные микробы, даже в небольшом числе попавшие в матку при введении метрейринтера, хотя бы и вполне стерильного, не будучи удаляемы отекающим воспалительным секретом, быстро размножаются в колоссальной степени и обуславливают инфекцию маточной полости и всего организма.—В. Г.



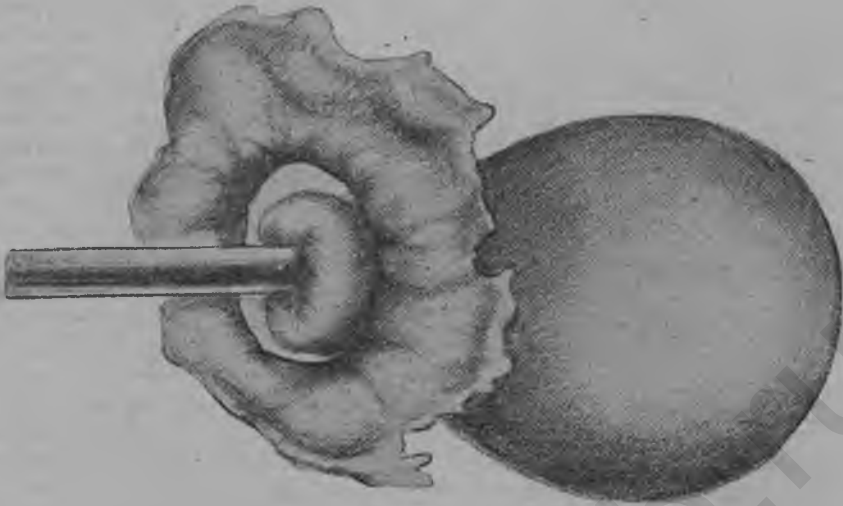
594. Наполненный метрейринтер *in situ* внутри плодного пузыря. Метрейринтер оттесняет головку, которая отклонена благодаря этому в сторону.

окажется повреждение, то он само собой разумеется не будет производить расширяющего действия, а вытекающая в матку жидкость, если она нестерильна, может повести к инфекции, если же она содержит в большом количестве ядовитые вещества, то к интоксикации; наконец при наличии в ней воздуха может возникнуть смертельная воздушная эмболия. Поэтому состояние метрейринтера перед введением должно быть тщательно проверено, воздух из балона при сворачивании его удален, а наполнять его надо либо слабой антисептической или асептической жидкостью (физиологический раствор поваренной соли).

3. Случайная безуспешность метода. Некоторые матки настолько торпидны, что они не отвечают на раздражение, вызываемое метрейризом. Тогда расширяющая сила балона нередко оказывается недостаточной для раскрытия зева. Однако такие случаи очень редки. Столь же редко встречаются и противоположные случаи, в которых раздражение ведет к спастической стриктуре шейки.

4. Изменение к худшему положению плода—когда например предлежащая головка не только приподымается балоном, но и отклоняется в сторону (рис. 594). После рождения метрейринтера головка опять может занять нормальное положение, но может и остаться отклоненной. Если вслед за метрейризом следует поворот, то отклонение головки не представляет собой какого-либо осложнения, но скорее даже облегчает операцию. При выжидании дальнейшее течение родов и положение плода должны быть тщательно контролируются. Когда пузырь лопнет, нужно попытаться через небольшой разрыв оболочек постепенно спустить воды и, если поворот нежелателен, исправить положение отклоненной головки так, чтобы она встала во входе в таз и таким образом предотвратить образование поперечного положения и выпадение мелких частей.

5. Возможность повреждения самого балона и разрывы трубки при его наполнении. В результате стерилизации (кипячение в течение не менее 10 мин.) и длительного сохранения в растворе лизола резина постепенно портится. Если вследствие этого в балоне, введенном в матку,



595. Метрейринтер с оторванной нижней частью portionis по Бетману.

Кольпейриз бывает показан лишь очень редко. Кольпейринтер помимо применения в качестве метрейринтера в тех случаях, где шейка пропускает только один палец, и менее податливый метрейринтер не удастся через нее ввести, может оказаться полезным при следующих обстоятельствах:

1) для растяжения особенно узкого влагалища и чрезмерно высокой промежности;

2) для предупреждения преждевременного разрыва плодного пузыря путем оказания противодействия оболочкам со стороны влагалища (с этой целью введение кольпейринтера показано при предлежании пуповины и еще не раскрытом маточном зеве, а также иногда и при узком тазе). Желательного эффекта здесь нередко не получается, так как влагалищный баллон хотя и слабее маточного, но все же вызывает усиление родовой деятельности и тем самым повышает внутриматочное давление во время схватки, так что противодействие оказывается недостаточным.

Введение свернутого кольпейринтера во влагалище производится рукой.

Существуют специально сконструированные метрейринтеры, применяемые для того, чтобы при преждевременном излитии вод наполнять полость плодного яйца жидкостью (Бауер, Петерс, Шаллен, Вилох). Однако произведенные с ними наблюдения не дали хороших результатов.

Ручное расширение маточного зева

Неопытный врач не должен предпринимать попытки ручного расширения маточного зева. Только по отношению к роженицам с узким тазом и поперечным положением допускается иногда из этого правила исключение, которое является кажущимся. Когда головка остается стоять над входом таза, то несмотря на продолжительную и интенсивную родовую деятельность шейка не сглаживается и открытие ее не превосходит величины ладони. В таких случаях обычно дело заключается не в том,

что полного раскрытия шейки еще не было достигнуто, а в том, что его уже более не существует. К моменту разрыва пузыря, поскольку он не был преждевременным, влагалищная часть была здесь совершенно сглажена, и наружный зев раскрыт. Так как однако головка не подвигалась и не смогла занять место, расширенное перед этим нижним отрезком плодного яйца, то шейка спалась, и выявление края ее отвисли во влагалище. Если в таком случае оказывается необходимым произвести поворот и извлечение, то введение руки в маточный зев разумеется не встречает препятствий. При растягивании зева пальцами устанавливается, оказывают ли его края сопротивление, которое отсутствует в случаях, указанных выше. Если, напротив, раскрытие действительно оказывается неполным, тогда края маточного зева бывают туго напряжены до тех пор, пока не будет достигнуто полное раскрытие шейки. Опытный акушер должен введенную руку использовать не только для диагностических целей, но также и в качестве дилатора, для чего он вначале постепенно растягивает канал шейки двумя пальцами, затем полурукой и в заключение вводит полную руку. Для суждения о том, насколько велико сопротивление и какую надо применить силу для ее преодоления, не рискуя вместе с тем вызвать разрыв шейки, требуется однако большой опыт. Можно настоятельно посоветовать, чтобы такие попытки производились лишь в случаях открытия зева не меньше, чем на ладонь, с истонченными краями, притом не иначе, как по строгим показаниям.

Расширение маточного зева телом ребенка

При извлечении ребенка канал шейки можно расширить точно таким же образом, как это имеет место при помощи метрейринтера, если применить постепенное растягивание канала все более и более объемистыми частями тела (захваченная ножка, ягодицы, туловище). Однако попытка эта является опасной как для матери, так и для плода, так как последующая твердая головка требует больше места, чем легко сжимаемое туловище. Тогда необходимо бывает форсированное извлечение, чтобы не допустить смерти ребенка. Если быстрого освобождения головки не наступает, последний погибает вследствие сдавления пуповины. Там же, где быстрое прохождение головки удается, оно часто ведет к разрывам шейки, и мать подвергается опасности истечь кровью.

Практический врач должен выжидать с извлечением за ножку или ягодицы при неполном открытии зева, и даже опытный акушер при живом и жизнеспособном ребенке только тогда вправе решиться на это, когда имеет дело с многородящей, когда влагалищная часть сглажена, определяются лишь истонченные края наружного зева и наконец когда имеются крайне серьезные показания (эклампсия, коллапс, ухудшающееся сердцебиение плода).

Другое дело при мертвом или нежизнеспособном плоде, где быстрое родоразрешение в интересах плода лишено смысла. И здесь понятно к нему не следует прибегать без нужды. Однако при наличии показаний неполное открытие зева не может служить препятствием для вмешательства. При предлежащей головке прибегают к перфорации, после которой либо освобожденный от мозга череп-сам по себе медленно растягивает шейку либо его захватывают краниокластом и медленно извлекают.

При предлежании ножки также производится длительное извлечение, которое способствует расширению, а последующая головка перфориру-

ется. При поперечном положении или когда подлежащая часть нелегко достижима для перфорации (беременность до VII месяца), производится поворот, весьма медленное извлечение и перфорация последующей головки. Вот это «весьма замедленное» выполнение оперативных мероприятий и должно красной нитью проходить во всех подобных случаях, потому что только таким образом можно будет предотвратить разрывы шейки у роженицы. Естественно, что быстрота операции должна быть согласована со способностью шейки к расширению и величиной той опасности, которая послужила показанием к операции в интересах матери. Единственным условием для операции является проходимость зева для перфоратора или для ножки, а в случае поворота—для двух пальцев. Если этого условия налицо нет, тогда применяется расширение с помощью метрейринтера или дилататоров.

Расширение с помощью разреза

Всякая рана может оказаться воротами для внедрения инфекции, и поэтому ее следует по возможности избегать, в особенности в условиях домашних родов. Разрез влагалищной части матки тем опаснее, чем он больше и чем ближе к влагалищу. При разрезе передней стенки ее можно повредить мочевой пузырь, при разрезе задней—вскрыть дугласово пространство, разрез боковой стенки может захватить маточную артерию или по крайней мере ее влагалищные ветви. В последнем случае возникает сильнейшее кровотечение, которое может привести к летальному исходу. Остановка кровотечения даже в условиях клиники очень трудна, в условиях же домашних родов она часто не удается совершенно, так как врач, незнакомый с влагалищным оперированием, не владеет и техникой зашивания.

1. Рассечение краев маточного зева. Если влагалищная часть полностью сглажена, а тонкие и острые края маточного зева напряжены, словно туго натянутая струна, тогда необходимо рассечение их, коль скоро вследствие наступивших показаний для быстрого родоразрешения выжидательное поведение уже невозможно. Чтобы устранить это напряженное кольцо и получить полное расхождение краев зева, достаточно бывает нескольких коротких насечек ножницами, имеющих 1—2 см в длину. Насечки эти производятся либо под контролем зрения (через зеркало) либо под руководством среднего и указательного пальцев. Лучшее всего ограничиться разрезами передней и задней стенок, по бокам же ввиду опасности повреждения сосудов следует по возможности не делать разрезов, а если это крайне необходимо, ограничиться очень короткими насечками, производимыми одним ударом ножниц.

2. Глубокие разрезы шейки по Дюрсену при еще частично сохранившейся влагалищной части не должны быть производимы по принципиальным соображениям ввиду их опасности, а также ввиду того, что в клиническом акушерстве они полностью могут быть заменены влагалищным кесарским сечением.

Операция заключается в четырех разрезах, доходящих до влагалища. Первый проводится сзади, второй и третий—по бокам и последний—спереди. Надо отметить, что в результате нередко возникающих дальнейших разрывов по направлению разрезов—при последующих родах роженице угрожает опасность сильнейших кровотечений.

3. Так называемое влагалищное кесарское сечение (Дюрсен, Бумм) представляет клиническую операцию.

4. Эпизиотомия.

5. Рассечение влагалища и промежности (Дюрсен, Шухардт) применяется как вспомогательный прием при щипцах, при извлечении за тазовый конец и при влагалищном кесарском сечении.

Плодоразрушающие операции

Показания. Если при наличии мертвого плода возникают показания к искусственному окончанию родов, тогда обычно надо иметь в виду плодоразрушающие операции; при головном и ягодичном предлежаниях—перфорацию предлежащей или последующей головки, при поперечном положении—декаптацию или эмбриотомию. Плод больше не нуждается в нашем внимании, и потому решающее значение имеют здесь интересы матери, которая должна быть ограждена от опасности и повреждений. Иногда у многородящей при головке, стоящей глубоко в тазу, и при широких родовых путях вероятно удалось бы закончить роды наложением щипцов без всякого повреждения мягких частей, или при поперечном положении легко повернуть ребенка и извлечь его без разрывов промежности, но даже самая отдаленная и сомнительная возможность разрыва решительно диктует безусловное преимущество плодоразрушающей операции. При угрожающем разрыве матки плодоразрушающая операция представляется в условиях домашних родов единственной возможностью спасти роженицу от разрыва матки и тем самым от смерти. Поэтому данная операция должна быть произведена немедленно даже при еще живом плоде!

От этого правила в условиях ведения родов на дому роженице никогда не следует уклоняться. Всякая попытка при такой ситуации извлечь живого ребенка может только способствовать смертельному исходу как для матери, так и для плода, причем мать погибает от тяжелых повреждений мягких частей и обусловленных ими кровотечений, ребенок же, если он в начале операции еще жив, неизбежно умирает к концу родоразрешения—если таковое вообще выполнимо—от асфиксии или повреждений, которые он получает при операции.

В стационаре при угрожающем разрыве матки может быть с успехом для матери и плода произведено экстраперитонеальное кесарское сечение при резких степенях сужения таза (С. v. 6—7 см), вполне уместное даже и при мертвом плоде (Фелинг). Транспортировка роженицы однако опасна, так как во время нее может наступить разрыв матки, а потому при угрожающем разрыве матки ее надо считать прямо ошибочной.

Все соображения о допустимости внутриутробной смерти плода должны оставаться без всякого внимания. Известная односторонность, с которой мы принимаем во внимание исключительно интересы матери, свидетельствует о несовершенстве нашей терапии.

Разрыв матки угрожает в тех случаях, когда вследствие невозможности родоразрешения нижний сегмент матки оказывается перерастянутым. Эта опасность возникает особенно: 1) при узком тазе, 2) при твердой, не поддающейся конфигурации или чрезмерно большой головке (гидроцефалия), 3) при особо неблагоприятных вставлениях головки (вставление задней теменной костью, лицевое предлежание с подбородком, обращенным кзади, 4) при запущенном поперечном положении, 5) при опухолях малого таза, 6) при неподатливых рубцах шейки.

Перфорация и краниоклазия (краниотраксия)¹

Перфорация и краниоклазия подлежащей головки

Условия: 1) маточный зев должен быть достаточно раскрыт, чтобы пропустить перфоратор и краниокласт, т. е. должен быть проходим не менее, как для двух пальцев, 2) таз должен быть не абсолютно сужен (С. ч. не менее 6 см), т. е. достаточно просторным, чтобы через него мог пройти перфорированный ребенок.

Инструментарий. Для перфорации служат ножницеобразные и трепановидные² перфораторы.

Ножницеобразные перфораторы представляют собой либо длинные и крепкие ножницы (перфораторы Смелли, Зибольда, рис. 596) либо ножницевидные инструменты, острия которых направлены кнаружи и таким образом при раздвигании рукояток режут направо и налево (перфоратор Негеле). Трепановидные перфораторы заканчиваются круглым металлическим цилиндром, свободный край которого остро отточен либо пиловидно-зубчат. Поверх этого режущего и пилиющего трепана имеется цилиндрический металлический колпачок, который защищает от поврежденной мягкой части родового канала при введении инструмента, прикрывая собой его режущую часть (рис. 597). Некоторые перфораторы (напр. перфоратор Пажо) имеют в середине цилиндра еще одно короткое сверло, которое при вращении рукоятки первым врезается в черепные кости, фиксируя инструмент, а при дальнейших вращательных движениях вступает в действие уже трепановидный цилиндр. В то время как ножницеобразным перфоратором проделывается отверстие в местах соединения между костями, при трепановидных перфораторах выпиливается из черепной крышки круглая костная пластинка с прилежащими мягкими тканями.

Таким образом входное отверстие при употреблении трепановидного перфоратора значительно больше. Несмотря на это я лично предпочитаю перфорировать ножницами Смелли как простейшим инструментом, который может служить также при клейдотомии, декапитации и эмбриотомии.

Для извлечения перфорированной головки служат краниокласт, кефалотриб или комбинация обоих этих инструментов—кефалокраниокласт.

Назначение краниокласта—вытаскивание головки, почему его лучше называют краниотрактором. Он состоит из двух ветвей, концы которых (ложки) так прилажены друг к другу, что выгуклая, снабженная бороздками поверхность массивной ложки входит внутрь вогнутой окончатой ложки. Первая вводится в полость черепа через перфорационное отверстие, вторая накладывается на него снаружи. Между обеими ложками захватывается сегмент черепной коробки и крепко фиксируется завинчиванием имеющегося при рукоятке винта (рис. 598). При потягивании за рукоятку инструмента извлекается головка.

С помощью кефалотрибов (Симпсона, Мартина, Буша, Брейского) производится извлечение перфорированной и раздавленной внутри матки головки. Инструмент напоминает головные щипцы с длинными, массивными и крепкими ветвями. Расстояние между ложками при завинчивании со стороны рукоятки достигает 1 см, и головка таким образом расплющивается ложками. Инструмент накладывается как щипцы, левая ложка—влево, правая—вправо.

Преимущества кефалотрипсии заключаются в весьма значительном уменьшении объема черепа, невыгоды же ее следующие: инструмент настолько массивен и тяжел, что для наложения его требуется открытие зева величиной с ладонь, он занимает в матке много места рядом с головкой и таким образом увеличивает перерастяжение нижнего сегмента, кроме того при отклонении головки возможно захватывание и раздавливание лишь небольшого ее сегмента, и тогда извлечение ее не удается.

¹ Некоторые авторы считают перфорацию и краниоклазию различными моментами одной операции, которой дают название краниотомии.—В. Г.

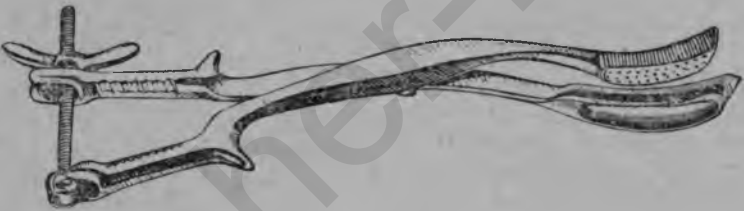
² А также копыевидные.—В. Г.



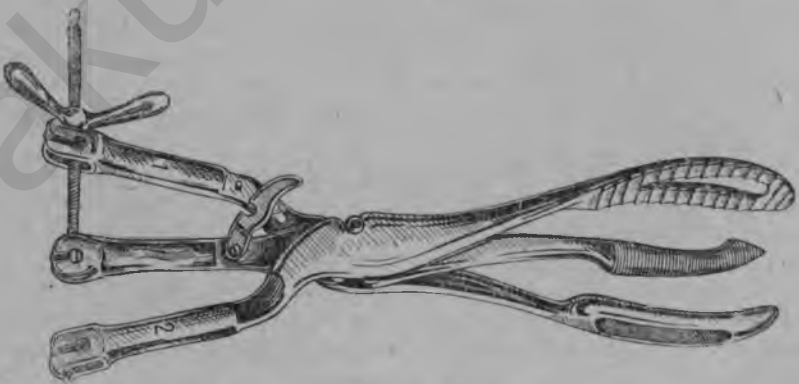
596. Ножницевидный перфоратор.



597. Трепановидный перфоратор.



598. Краниокласт Брауна.



599. Трехлопастный кефалокраниокласт Цейфеля.



600. Перфорация головки при головном предлежании. Ассистент через брюшные стенки плотно фиксирует головку. Перфоратор через открытый на ладонь маточный зев вводится правой рукой в череп под контролем левой руки акушера.

Благодаря этому кефалотриб вытеснен краниокластом. Однако так как иногда, особенно при значительном сужении таза, извлечение плода помощью последнего представляет большие затруднения, то были сконструированы трех- и четырехлопастные модификации инструмента (Овара, Цвейфеля, Фелинга), которые действуют и как краниокласт и как кефалотриб и у которых внутренняя ветвь выполняет функции перфоратора (инструменты Дюрсена, Цвейфеля и Дедерлейна).

Применение их таково: вначале накладываются две ветви как краниокласт, а затем при необходимости высоко на головку с противоположной стороны вводится и третья ветвь, которая совместно с наружной ветвью краниокласта действует как кефалотриб.

Я полагаю, что при хорошей технике в практике можно вполне обойтись краниокластом Брауна.

Техника. Самое важное для перфорации—это чтобы головка была хорошо фиксирована. Если, как это часто случается, приходится действовать при головке, подвижно стоящей над входом, тогда ассистент (акушерка) должен через брюшные покровы захватить головку справа и слева и плотно прижимать ее ко входу в таз, пока перфоратор не про-

никнет в полость черепа (рис. 600). При неправильном или недостаточном противодавлении на головку снаружи она отклоняется кверху, что облегчает соскальзывание перфоратора, затрудняет операцию, а при растянутом нижнем сегменте увеличивает опасность разрыва матки.

Вводимый правой рукой перфоратор прикрывается левой рукой, введенной во влагалище, таким образом, что острие его скользит по кисти, сложенной в виде жолоба, и концами пальцев, достигающих головки, приводится в соприкосновение с последней. Предохраняющая рука должна следить, чтобы острие перфоратора не задело за влагалищную стенку или за края маточного зева и главным образом, чтобы при внедрении инструмента в головку произошло не тангенциальное соскальзывание его, а перпендикулярное пробуривание черепа плода. Введение инструмента во влагалище и проведение через маточный зев до головки должны производиться медленно и осторожно¹. Равным образом крайне осторожно и с небольшой силой производится и внедрение острия перфоратора в кожу головки. С того момента, как перфоратор проник глубоко в мягкие ткани головки, опасность соскальзывания его значительно уменьшается, и силу давления можно увеличить, а после внедрения острия в кость—довести до максимума. Образование перфорационного отверстия узнается по резкому падению сопротивления со стороны черепных костей. Перфоратор должен быть введен в черепную полость своей по возможности самой широкой частью. После того левая рука оператора извлекается из влагалища, где она контролировала действия перфоратора, и обе руки захватывают по рукоятке инструмента. Рукоятки эти максимально разводятся и замыкаются вновь. Замкнутый инструмент поворачивается на 90° и после того как рукой проверено, что острие его остается погруженным в черепную полость, производятся опять разведение и смыкание обеих ветвей, после чего инструмент удаляется. Теперь перфорационное отверстие для удаления мозга и наложения краниотрактора готово.

Я рекомендую перфорацию производить в том месте черепа, которое является подходящим для нее. Обычно на этом месте или непосредственно рядом с ним лежит шов или родничок, которые и должны быть использованы как место для перфорации, так как они представляют лишь небольшое сопротивление для проникновения перфоратора. Если они отсутствуют, тогда приходится с большим трудом просверливать самую кость².

С окончанием перфорации, строго говоря, в большинстве случаев можно считать оперативную помощь роженице выполненной. При удовлетворительной родовой деятельности мозг постепенно выдавливается из черепной коробки, окружность головки вследствие этого сильно уменьшается, и становится возможным самопроизвольное прохождение головки через таз. Я подчеркиваю этот факт, учитывая широко распространенную среди практических акушеров боязнь приступить к извлечению перфорированной головки, что действительно нередко является весьма трудным. Поэтому при настоятельных показаниях во всяком случае лучше, если врач произведет одну перфорацию, нежели не будет

¹ Некоторые акушеры (Феноменов) рекомендуют производить перфорацию под контролем зрения, раскрыв влагалище ложкообразными зеркалами. К сожалению такой способ действия возможен далеко не всегда.—В. Г.

² Просверливание самой кости зато имеет преимущество в более прочном последующем захвате краниокластом.—И. Ф.

делать ничего из боязни перед краниотраксией, пока не наступит разрыв матки, и вызванный специалист не явится слишком поздно.

Само собой разумеется однако, что изложенное соображение неправильно было бы возводить в принцип. Краниотраксия должна следовать за перфорацией не столько из соображений окончания родоразрешения под наркозом, но главным образом имея в виду резкое перерастяжение матки и опасность инфекции, связанную с затяжным течением родов.

Основное правило при краниотраксии заключается в том, чтобы она была производима очень медленно, с выдержкой и спокойствием, без всякой поспешности. Этому совету к сожалению довольно часто не следуют. У неопытного акушера представление о том, что он стоит перед необходимостью вмешательства, имеющего огромное значение, господствует настолько сильно, что он работает беспокойно и поспешно, краниотрактор накладывает на неподходящее место, торопится замкнуть его, прежде чем успеет захватить достаточно большой сегмент головки, затем тянет его толчками, в результате чего происходит обламывание костей, а головка не двигается с места. Как уже подчеркивалось, с окончанием перфорации острая опасность является миновавшей, интересы ребенка, которые от других акушерских операций требуют быстроты выполнения, здесь не принимаются во внимание, и таким образом чрезмерные поспешные действия не находят никакого оправдания.

Краниотрактор должен быть наложен так, чтобы обе ветви его захватывали между ними сегмент черепа полностью на всем его протяжении, но отнюдь не частично. Далее важно, чтобы наружная ложка широко легла на головку, располагаясь на лбу или лице, если это невозможно, то по крайней мере перейдя через шов, чтобы не захватывать только одну единственную кость.

Головка фиксируется снаружи, как при перфорации, и первой вводится внутренняя ветвь, которая проникает в перфорационное отверстие настолько глубоко, что вся ее захватывающая поверхность исчезает в черепной полости. Тогда головку больше не фиксируют и вводят наружную ветвь между наружной поверхностью головки и стенкой матки таким образом, чтобы ее положение соответствовало положению внутренней ветви (рис. 604). Прежде чем замкнуть обе ветви, рукой проверяют, не захвачены ли в ложки какие-либо ткани помимо детских, т. е. главным образом не захвачены ли края маточного зева и не выскользнула ли обратно внутренняя ветвь вследствие того, что лишь часть ее захватывающей поверхности находится в черепной полости. В последнем случае надо внутреннюю ложку вдвинуть поглубже в черепную полость, соответственно продвинув выше и наружную ложку.

После замыкания ветвей краниотрактора обе рукоятки с помощью винта свинчиваются как можно плотнее; свинчивание их должно быть настолько совершенным, чтобы, даже применив большую силу, нельзя было добиться дальнейших поворотов винта. Затем, произведя еще раз контрольное исследование через рукав, приступают к спокойному и медленному извлечению плода путем плавного потягивания рукояток инструмента. Целью является здесь извлечение ребенка без каких-либо повреждений родовых путей матери. Часто маточный зев бывает при этом еще недостаточно раскрыт, — в таких случаях головка действует как расширитель. Всякое расширение во избежание разрыва шейки должно быть постепенным и производиться во время пауз между схват-



601. Наложение краниокласта. Внутренняя ветвь инструмента вводится через перфорационное отверстие в полость черепа, наружная накладывается снаружи на нефиксируемую большую головку.

ками. Поэтому-то и надо производить потягивание осторожно и во время пауз, причем после каждой тракции необходимо проверять раскрытие маточного зева и напряженность его краев. Если определяется острый край черепной кости, то после тщательного контроля надо во время достаточно продолжительной паузы извлечь его, защитив стенку полового канала полурукой, введенной во влагалище. Не следует обращать внимания на требования более быстрого окончания операции, которые могут исходить от ассистирующего товарища, акушерки и главным образом от перепуганных родственников больной.

К влечению вниз присоединяется давление сверху, через брюшные стенки, производимое помощником. При каждой тракции мозговые массы, если головка опустилась достаточно низко, выступают из черепной полости, сдавливаемой стенками таза и маточной шейки. По мере освобождения черепной коробки от мозга она спадается все больше и больше и наконец протаскивается через маточный зев в виде мешка, напоминающего метрейринтер. Если натянутые края маточного зева окажутся при этом резко напряженными, то следует головку оставить на этом месте на более долгое время, чтобы давление ее на шейку оказало расширяющее действие на цервикальный канал без его повреждения. Длитель-

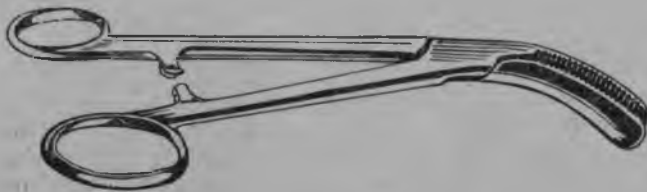
ность операции зависит прежде всего от степени раскрытия маточного зева, а кроме того от величины головки и степени сужения таза. Если медленно вытягиваемая головка полностью прошла через маточный зев, тогда дальнейшее извлечение ее идет чрезвычайно легко. Направление тракции при краниоклазии должно соответствовать направлению родового канала, т. е., как и при операции щипцов, оно оказывается различным в зависимости от стояния головки. При высоко стоящей головке потягивание вначале производится резко кзади и книзу; чем больше опускается головка, тем больше тракции приближаются к горизонтальным, пока наконец головка, уже лежащая целиком во влагалище, потягиванием кпереди и кверху медленно и осторожно не будет выведена над промежностью, которая не должна быть разорвана.

Извлечение плечиков при крупных детях может представить значительные затруднения. Первым должно опуститься в таз под симфиз переднее плечико, так как уже родившаяся головка с находящимся еще на ней краниокластом оттягивается сильно книзу и кзади. Если плечико задерживается, то весьма действительной оказывается помощь ассистента, который производит влечение за полотенце, охватывающее шейку ребенка, в то время как сам хирург тянет за краниотрактор (Дедерлейн). Одна сила однако нередко не приводит к цели, и поэтому надо немедленно перейти к передней клейдотомии, т. е. рассечению передней ключицы вместе с прилежащими мягкими тканями (рис. 604). Для этого головка с краниокластом резко оттягиваются книзу, и под руководством и прикрытием одной руки замкнутые перфорационные ножницы¹ проводятся мимо шейки к плечевому поясу, после чего острие инструмента вкалывается в мягкие части, при разведении рукоятки рассекает их и образует широкое отверстие в тканях, затем раскрытые ножницы, защищенные от соскальзывания в стороны краями отверстия, продвигаются глубже и рассекают кость. Предложенная Вилле техника клейдотомии, при которой ножницы вкалываются в шейку и проводятся подкожно до ключицы, предохраняет от повреждения окружающие ткани и облегчает



602. Трехлопастный кефало-краниокласт после наложения.

¹ Весьма удобно также производить клейдотомию изогнутыми тупоконечными ножницами (ножницы Феноменова).—В. Г.



603. Костные щипцы.



604. Правосторонняя кleyдотомия.

нахождение ключицы. Часто при этой операции пересекаются также и верхние ребра, что надо скорее считать положительным, чем отрицательным явлением.

Неправильным является, когда рассечение ограничивается единственно только ребрами при оставлении целой ключицы. Для того чтобы не только ниже-, но и вышележащие кости (ключица) были перерезаны, необходимо производить операцию под контролем пальцев. Если это удалось, тогда отпадает главное затруднение, и плечевой сустав легко выводится из-под симфиза. При высокой промежности и большом ребенке во избежание разрыва промежности показано производить и заднюю кleyдотомию, для чего перфорированная головка сильно подтягивается по направлению к симфизу. Извлеченный плод спускается в стоящее перед постелью заранее приготовленное ведро с водой, чтобы исключить возможные проявления жизни, которые производят удручающее впечатление на присутствующих. Если перфорации подвергается живой ребенок или по крайней мере такой, жизнеспособность кото-

рого вызывает сомнение, то все равно необходимо всеми мерами добиваться у него полного уничтожения жизненных проявлений. В таких случаях после перфорации вымывают мозг лизоловым раствором с помощью катетера Фрич-Боземана, разрушая этим катетером или пальцем *tentorium cerebelli*, мозжечок, продолговатый мозг и варолев мост¹.

¹ Для разрушения мозга можно также употреблять изогнутую кюретку;

Ошибки и неудачи при перфорации и краниотраксии.

1. Неправильная установка показаний: «слишком поздно» здесь еще хуже, чем «слишком рано». «Слишком поздно» означает потерю ребенка и матери. «Слишком рано» — это иногда бесполезное принесение ребенка в жертву. Описаны случаи, когда перфорированные дети рождались самостоятельно и несмотря на дефект мозга оставались в живых¹.

2. Повреждения перфоратором. При соскальзывании острия инструмента возможно прободение влагалища, мочевого пузыря, брюшины заднего дугласова кармана, а при неправильном направлении трепановидного перфоратора — повреждение передней поверхности крестца.

3. Повреждения при краниотраксии. Захватывание в краниокласт стенки цервикального канала ведет к разможению ее, причем возможно также и частичное повреждение мочевого пузыря. Возможно затем внедрение в стенки матки осколков кости и даже прободение ими.

4. Неудачи при извлечении. Если краниокласт плохо лежит, т. е. захватывает одну единственную кость только половиной или даже верхушками своих ветвей, тогда он либо соскальзывает при потягивании либо обламывает часть кости, головка же остается на месте. В таком случае нужно отвернуть винт, исправить положение ветвей краниокласта или переложить их совсем на другую сторону головки, причем прежде всего необходимо сохранять спокойствие. Страх и растерянность не приводят к цели. Новое наложение ложек, произведенное слишком торопливо, оказывается опять неправильным. В заключение груди выломанных костей будет свидетельствовать о полном разрушении черепа, который уже не сможет служить для захватывания краниокластом, т. е. приведет к полной неудаче.

В подобных случаях крючкообразно согнутым пальцем, введенным в рот, надо перевести головку в лицевое предлежание, после чего внутренняя массивная ложка краниокласта располагается на основании черепа, захватив и покровы последнего, а наружная окончатая ветвь вводится в рот или накладывается на подбородок. При завинчивании краниокласта основание черепа принимает перпендикулярное положение (причем захваченная кожа головы прикрывает острые края костей — Фрич). Можно также в подобных случаях низвести одну ручку и затем сделать декапитацию. Поворот на ножку ввиду перерастянутой обычно матки, а также и вследствие множества острых зубцов на костях разрушенного черепа представляет плохое и опасное мероприятие, к которому следует прибегать только в случае крайней нужды, когда все прочие попытки оказались безуспешными. При тенденции краниокласта к повторному соскальзыванию или обламыванию костей рекомендуется своевременно сгладить выступающие костные края с помощью костных щипцов Боера (рис. 603) или крепких щипцов Колена, чтобы сила влечения распространялась по возможности на весь череп. Отсечение хоро-

весьма удобной для этой цели является также предложенный Б. Н. Агафоновым инструмент, представляющий сочетание ложки с катетером, при помощи которого производятся одновременно и разрушение мозга и вымывание его. — В. Г.

¹ Исходя из этого, Соловцов предложил при краниотомии отнюдь не стремиться к возможно полному разрушению и удалению мозга, а, напротив, по возможности пасть после перфорации мозг ребенка, дабы последний мог остаться в живых. Такое предложение не встретило однако по понятным причинам сочувствия со стороны акушеров. — В. Г.



605. Перфорация последующей головки.

но развитой головки представляет, напротив, ошибку,—таким образом лишают себя хорошей точки приложения силы для извлечения туловища. Отсечение головки может понадобиться лишь в том случае, когда рождение плечиков невозможно и приходится низводить ручку (в крайнем случае с переломом ее), чтобы использовать ее в качестве рукоятки.

Перфорация последующей головки

Если ребенок, лежащий в предлежании тазовым концом, рождается до головки, которая оказывается слишком большой по отношению к родовому каналу, то после ряда тщетных попыток освободить головку он обычно погибает. Был ли предварительно произведен поворот

живого плода или начато извлечение живого ребенка, но коль скоро в течение операции он умирает,—все равно в каждом таком случае всегда надо перфорировать последующую головку.

Техника. Туловище за ножки оттягивается сильно книзу для того, чтобы головка плотно фиксировалась в тазу и противодействие на нее со стороны брюшных стенок уже не было необходимо (рис. 605). После этого перфоратор под прикрытием левой руки вводится в наиболее доступное место черепа (большая заплечная дыра, височная кость, иногда глазница или ротик).

В случае, когда найти входное отверстие в череп представляется затруднительным, Дедерлейн рекомендует для доступа в черепную полость делать поперечное сечение между двумя шейными позвонками. При влечении за ножки через это винящее отверстие легко достигается спинной мозг, и катетер по спинномозговому каналу проводится в черепную полость. При дальнейшем потягивании за туловище через катетер же удаляются остатки мозга, который большей частью был уже удален ранее при промывании мозговой полости (Конштейн, Альфельд).

Если произведена только перфорация головки, тогда обычно можно удовлетвориться последующим потягиванием за туловище в комбинации с давлением на головку со стороны брюшных покровов, причем мозг постепенно вытекает и головка опускается в таз. В противном случае на перфорированную головку накладывается краниокласт.

При значительном сопротивлении для проведения последующей головки применение слишком большой силы тракций, ведущее к отрыву головки, является бесспорной ошибкой так же, как и отсечение головки, хотя некоторые хорошие аку-

шеры (Дедерлейн, Закс, Эйзенрейх) и утверждают, что иногда отсеченная головка может быть легче извлечена, чем головка, связанная с туловищем.

Если при мацерированном плоде все кости черепа в конце концов выломаны, тогда нужно низвести одну или обе ручки, а иногда удаётся извлечение за вторую ручку, если первая отрезана.

Декапитация

Операция отделения головки от туловища показывается единственно при самопроизвольном или искусственном (вследствие неправильного поворота) запущенном поперечном положении, при котором в условиях родов на дому всякое иное родоразрешение будет ошибочным. Единственное необходимое условие—проходимость маточного зева для полуруки—оказывается в этих случаях обыкновенно выполненным вследствие существующей хорошей родовой деятельности. Противопоказанием к операции является абсолютное сужение таза (С. v. ниже 5 см)¹, которое является абсолютным показанием для кесарского сечения. Плод при этом почти всегда бывает мертв, имеющиеся же налицо признаки жизни у него не должны влиять и оттягивать решение об операции.

Отделение головки от туловища может быть достигнуто либо путем перелома позвоночника в шейной его части либо путем перепиливания или отсечения шейки. Старейший и до настоящего времени наиболее употребительный инструмент для перелома шейных позвонков—это крючок Брауна.

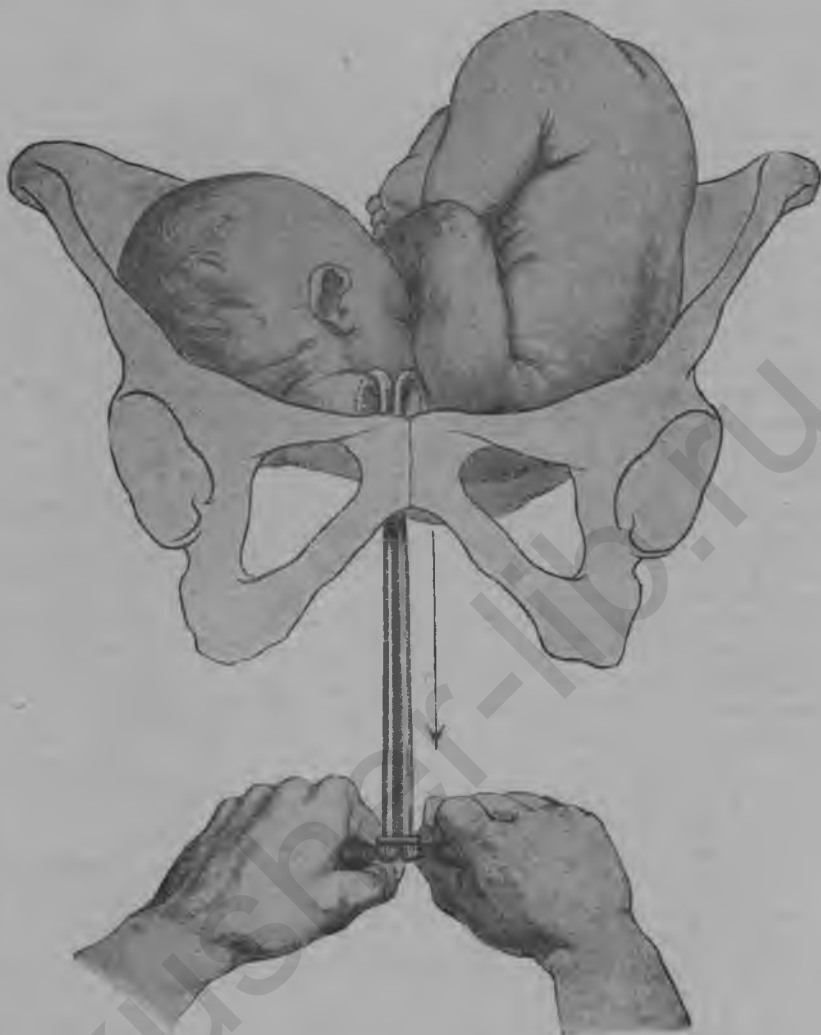
На длинном черенке с очень крепкой массивной ручкой находится крючок с острым углом, конец которого имеет пуговчатое утолщение. Выпавшая и предлежащая ручка всегда оттягивается ассистентом возможно сильно книзу и в сторону, где лежат ягодицы. Левая рука акушера вводится во влагалище. Указательный и средний пальцы медленно и осторожно проводятся по задней поверхности вытянутой шейки настолько высоко, чтобы можно было захватить ее целиком, между тем как большой палец направляется по передней поверхности шейки, и таким образом вся она оказывается захваченной тремя пальцами (рис. 606).

После того правой рукой акушера вводится по левой руке крючок с сильно опущенной рукояткой, проводимый настолько высоко, чтобы обращенное к плоду пуговчатое утолщение вошло в соприкосновение с концами среднего и указательного пальцев внутренней (левой) руки. Шейка охватывающей ее рукой сильно подтягивается книзу. Крючок под постоянным контролем пальцев передвигается по ней и надевается на нее настолько плотно, чтобы пуговчатое утолщение, направленное кзади, врезалось в мягкие части шейки и достигло позвоночника. Тогда



606. Декапитация крючком Брауна.

¹ Большинство акушеров считает границей абсолютного сужения таза величину конъюгаты не в 5, а в 6¹/₂ (при общесуженном тазе) или 6 см (при плоском тазе).—В. Г.



607. Трахелоректор *in situ*. Захватив шейку этим инструментом, сильно оттягивают его книзу и одновременно разводят в обе стороны.

ассистент отводит головку медиально от стенки матки, оперирующий же под контролем левой руки производит вращение крючка в сторону головки. Если позвоночник был хорошо захвачен крючком, то в этот момент обычно раздается треск, зависящий от вывиха позвонков. Затем инструмент поворачивают в сторону ягодиц и наконец крючком, как ключом в замке, делают полный поворот на 360° . Таким образом достигаются полное разделение позвоночника и значительный разрыв мягких частей. Иногда оказывается необходимым многократное наложение крючка, причем левая рука акушера постоянно контролирует все движения верхушки инструмента, а ассистент все время оттесняет головку от стенки матки. Если в заключение останется все-таки мостик из мягких частей, то при длительном влечении за выпавшую ручку его надо рассечь ножницами.

Недостатки этого метода заключаются в том, что он довольно груб и что при повороте крючка не удастся полностью избежать отклонения головки в сторону перерастянутого нижнего сегмента матки, что усиливает опасность ее разрыва. Поэтому Цвейфель рекомендовал применять для декапитации трахелоректор (рис. 607).

который представляет двойной крючок, при вращении рукоятки раздвигающийся в стороны направо и налево и вывихивающий позвонок без какого-либо смещения позвоночника. Техника его введения и наложение на шейку плода таковы же, как и крючка Брауна.

Для перепиливания шейки плода служат инструменты Кезмарского и Рибемон-Бонга, при помощи которых кругом шейки проводится проволоочная пилка Джилья, и этой пилкой легко и быстро перепиливают шейку, не повреждая мягких частей матери.



608. Декапитационный наперсток Блонда-Хейдлера.

Дедерлейн рекомендует употреблять для инструмента Рибемон-Бонга цепочечную пилку. Сложность аппаратуры лишает эти методы широкого применения в практике.

Перепиливание шейки может быть значительно упрощено технически с помощью несложного вспомогательного инструмента—декапитационного наперстка Блонда-Хейдлера (рис. 608).

Проволоочная пилка или изготовленный в Вене гибкий весьма прочный шелковый шнурок прикрепляется к наперстку, который надевается на большой палец. Охватывающий шейку плода указательный палец, согнувшись крючкообразно, зацепляет колючею наперстка, стягивает последний с большого пальца и перекидывает через шейку плода. За наперстком следует прикрепленный к нему шнур, наружная треть которого для защиты мягких частей матери окружена тонкой резиновой трубкой. Я полагаю, что этот метод декапитации представляется наилучшим.

Перерезка шейки серповидным ножом Шульце и крючкообразным ножом Франца сопровождается часто повреждениями как тканей матери, так и самого оператора.

По окончании декапитации тело плода без труда вытаскивается за выпавшую ручку. Оставшаяся головка давлением через брюшные стенки подводится к маточному зеву, захватывается щипцами (лучше после раскрытия влагалища широкими зеркалами) и извлекается. Если же это не удастся, то она перфорируется и удаляется с помощью кранио-класта.

Рекомендуется также извлекать головку с помощью указательного пальца, введенного в ротик, или щипцами, накладываемыми при хорошей фиксации головки снаружи. Какой из этих способов избрать—это в конце концов безразлично, лишь бы только избежать какого-либо повреждения матери. Особых трудностей извлечение головки обычно не представляет.

Эмбриотомия (рассечение плода)

Если шейка плода плохо или совсем не достигается, тогда при запущенном поперечном положении приходится рассекать позвоночник в другом месте. После раскрытия влагалища зеркалами в наиболее доступной части туловища плода, находящейся непосредственно у маточного зева, делается разрез под контролем зрения, края этого разреза захватываются крепкими щипцами (Колена) и по возможности шире оттягиваются в разные стороны, а также книзу. После этого разрез увеличивает-

ся и накладываются новые щипцы. Затем кнутри от краев разреза производится длинными и крепкими ножницами вкол в глубину, и таким образом вскрывается грудная или брюшная полость, и ближайшие органы удаляются—не потому, что они являются препятствием для дальнейшего рассечения плода, но потому, что присутствие их представляет неудобство для оператора, так как они непрерывно путаются под пальцами и под ножницами. Оставляя щипцы на краях раны, акушер проходит затем рукой через образованное отверстие и нащупывает позвоночник плода, после чего либо рассекает края отверстия до позвоночника, сильно натягивая их щипцами, либо прямо вводит длинные крепкие ножницы в рану до позвоночника и перерезает последний. Сильное натягивание щипцов, захватывающих края раны, есть самый важный момент операции, потому что при этом туловище плода все больше сгибается, головка и ягодичы все больше сближаются и наконец, когда сложенное вдвое туловище уже начинает опускаться, благодаря влечению в таз позвоночник может переломиться раньше, чем он будет рассечен. Когда позвоночник будет полностью разделен, тогда рассечение мягких частей и полное разделение туловища на две не связанных между собой половины не представляют уже никаких затруднений. Обе половины извлекаются одна за другой, причем первой предпочтительно выводится нижняя часть туловища с помощью захватывающих щипцов или легко низводимой ножки, затем верхняя часть туловища—обычно за ручку. Головка, особенно если она велика, перфорируется.

Предложенный Кюстнером рахиотом представляет собой несколько модифицированный крахиотрактор, внутренняя ветвь которого несет на себе нож. Наружная ветвь продвигается между маткой и телом плода, внутренняя ветвь вводится через образованное отверстие в полость живота ребенка.

При завинчивании рукоятки позвоночник рассекается вместе с мягкими тканями. Эмбриотомия представляет собой утомительную и трудную операцию, показанную крайне редко, так как при нечастом в настоящее время встречающемся запущенном поперечном положении почти всегда удается произвести декапитацию.

Я должен впрочем сказать, что в клинике предпочитаю эту операцию декапитации и охотно применяю ее при запущенном поперечном положении и мертвом плоде, причем оперирую точно так же, как при кусковании больших мном матки.

Фрич также всегда предпочитал эмбриотомии. Он производил ножницами Смелли отверстие в грудной клетке и увеличивал его введением пальца настолько, чтобы можно было рассечь позвоночник. Ассистент в это время сильно оттягивал выпавшую ручку книзу.

Тот факт, что плодоразрушающие операции довольно часто производятся плохо, грубо и торопливо, почему они нередко осложняются обширными повреждениями, кровоизлияниями и кровотечениями, свищами пузыря, уретры и влагалища,—это делает и по настоящее время еще актуальным вопрос, давно уже поставленный Фелингом¹, не следует ли заменить эти операции кесарским сечением. Общее разрешение этого вопроса невозможно, ибо наступление или предупреждение вышеприведенных осложнений зависит главным образом от осторожности и

¹ У нас применение кесарского сечения при запущенном поперечном положении было впервые произведено в 1911 г. Грамматикати.—В. Г.

техники оператора. Полную замену плодоразрушающих операций кесарским сечением надо рассматривать как утопию, выдуманную за письменным столом. С моей точки зрения повреждения матери, которые только и надо иметь в виду, лишь редко бывают при плодоразрушающих операциях больше, нежели при хирургическом родоразрешении.

ИСКУССТВЕННЫЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И ИСКУССТВЕННОЕ ВЫЗЫВАНИЕ РОДОВ В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Если искусственные преждевременные роды производятся по поводу сужения таза, то для них необходимо выбрать такой срок, чтобы плод был еще достаточно мал, дабы пройти через таз, и достаточно велик, чтобы иметь шансы остаться живым после родов. Этим двум условиям лучше всего удовлетворяет 36-я неделя беременности, причем сужения таза III и IV степеней принципиально исключают возможность искусственных преждевременных родов.

Если затем данная операция производится по поводу привычного умирания внутриутробного плода в конце беременности, тогда лучший срок для прерывания ее лежит также на 36-й неделе или может быть передвинут несколько ближе к предполагаемому сроку родов. Определение длины плода по Альфельду может здесь сослужить хорошую службу.

Чрезмерное развитие плода и привычное перенашивание, которое чаще встречается при мальчиках, чем при девочках, также может послужить основанием для искусственных преждевременных родов (А. Майер).

Смертность среди детей свыше 4000,0 весом равняется 3,5%, свыше 4500,0—10,5%, свыше 6000—85%. Высшая граница возможного веса живого новорожденного—это 7000,0. Особенно неблагоприятно бывает течение в тех случаях, где чрезмерная величина плода сочетается с сужением таза (Цангемейстер и Лен). Чрезмерно большие и переносенные дети повидимому так легко погибают потому, что их внутриматочное питание и снабжение кислородом вследствие прогрессирующих после 40 недель беременности дегенеративных изменений плаценты всегда быстро ухудшаются (Фригези). Опасность для жизни их иногда распознается по наступлению аритмии сердечных тонов плода (Прейсаккер).

Чтобы механическое действие метрейринтера усилить с помощью химического, Баум употребляет отпариванный бараний пузырь, наполненный глицерином (около 100 см) и вводимый в матку. Хорошее возбуждение родовой деятельности при этом объясняется тем, что глицерин притягивает к себе околоплодную жидкость, что ведет к отслойке оболочек, а также—что самое главное—отнимает воду от мускулатуры, вызывая тем ее сокращения.

Если операция искусственных преждевременных родов предпринимается по поводу показаний со стороны матери, то нужен срок ее назначить возможно позднее, насколько только это позволяет состояние женщины, чтобы получить жизнеспособного ребенка (не раньше 28-й недели)¹.

Условия: 1) если операция производится в интересах ребенка, тогда нужна уверенность в том, что после родов ему будут обеспечены особенно хороший уход и питание, ибо это является необходимым для сохранения преждевременно родившегося младенца; 2) должны отсутствовать всякие противопоказания в форме воспалительных процессов вла-

¹ Хотя в новейшей иностранной литературе Баном описан случай, где ребенок, весивший при рождении всего 600,0, благополучно достиг 2-летнего возраста, но в общем дети, родившиеся до VIII месяца, несмотря даже на тщательный уход обычно погибают вскоре после рождения.—В. Г.

галища, вульвы или их окружности; 3) у первороженец за исключением тех, у которых имеются жизненные показания со стороны матери, искусственных преждевременных родов надо избегать, потому что у них мягкие родовые пути недостаточно широки, чтобы можно было произвести быстрое извлечение плода без опасных для его жизни повреждений.

Техника. Лучше всего вызывать преждевременные роды введенным метрейринтера (рис. 594), причем длительное потягивание за трубку его способствует давлению на внутренний зев в направлении изнутри наружу. Когда начнутся схватки, беременной надо вприсунуть интрамускулярно 1,0 питугландола. После выталкивания балона врач путем внутреннего исследования ориентируется, как велико раскрытие наружного зева. Если оно неполное, вводится еще раз более крупный метрейринтер, рождение которого ускоряют с помощью опять-таки питугландола. После полного раскрытия наружного зева плодный пузырь разрывают во время схватки и либо выжидают при наличии головного предлежания самопроизвольных родов либо принципиально производят поворот на ножку и извлечение плода. Первый путь менее верен, так как немедленное и неосложненное вступление головки в таз является при нем только предпологаемым, но никоим образом не обеспеченным. При разрыве плодного пузыря надо стремиться к тому, чтобы образовать в нижнем полюсе плодного яйца небольшое отверстие, вследствие чего истечение вод будет постепенное и головка под контролем введенного во влагалище пальца сможет медленно опуститься в таз, без выпадения пуповины или мелких частей. Если это удастся, роды заканчиваются скоро с помощью нескольких хороших схваток. Если же вслед за отхождением вод головка не опускается вследствие слабой родовой деятельности, тогда прогноз для плода значительно ухудшается. Поэтому немедленный поворот на ножку с последующим извлечением есть лучший способ, более свободный от случайностей.

При извлечении последующей головки с помощью приема Фейта Смелли необходимо соблюдение особой осторожности, так как большая подвижность мягких еще костей хотя и способствует нетрудному извлечению, зато легко может повести к повреждениям в полости черепа (внутренние кровотечения, разрыв *tentorium'a*).

Все другие способы возбуждения искусственных преждевременных родов, как введение бужей по Краузе и Кнаппу, прокол оболочек по Шеелю, кольпейриз, тампонация шейки, ручная отслойка нижнего полюса плодного яйца по Гамильтону, электрическое раздражение грудных сосков по Сканцони и Фрейнду, должны быть отвергнуты.

Впрочем и метрейриз далеко не является идеальным методом. При нем на продолжительное время в нижний отрезок матки вводится постороннее тело и возможна восходящая инфекция, первичная и вторичная, которой однако не следует особенно бояться при хорошей асептике. В последнее время от искусственных преждевременных родов часто отказываются в пользу кесарского сечения. Это имеет свое основание в условиях стационара. При узком тазе, когда в анамнезе имеется много мертворождений, искусственные преждевременные роды представляют необходимую операцию, которую врач вынужден бывает применять, если клиническое родоразрешение несмотря на его советы отклоняется беременной.

Если нужно вызвать роды при доношенной беременности, тогда абдоминальное кесарское сечение является для акушера наиболее

удобным, а для ребенка—наиболее верным и единственно надежным (узкий таз, привычное перенашивание, missed labour). Если однако вызывание родов показано при отсутствии острой опасности для плода или при опасности, могущей возникнуть позднее вследствие несоответствия между головкой и тазом, то следует выжидать, пока матка не сенсibiliзируется и не разовьется родовая деятельность.

Это последнее часто достигается повторными инъекциями питугландола в минимальных дозах (0,2 под кожу через час) при одновременной даче 2 столовых ложек касторки (А. Штейн, Эверсман).

Темешвари впрыскивает 1,0—1,5 тимофизина (экстракт зубной железы и гипофиза), Фригиззи делает прокол пузыря и через два часа впрыскивает 0,5 солянокислого хинина в вену или в мышцы.

Оригинальным и научно хорошо обоснованным приемом является проктетризм (Клейн). Хорошо смазанный бисквитообразный балон Бэрнса туго свертывается и вводится по возможности выше в прямую кишку, причем следят, чтобы он не сгнулся; после введения медленно наполняют его 130—150 см³ горячей воды (45°). Схватки обычно наступают через 3—4 часа. Максимальная продолжительность проктетризма—не более 8 часов. Выталкивание балона через задний проход бывает крайне редко. Каких-либо повреждений прямой кишки не наблюдалось.

Эффект проктетризма объясняется давлением на фразенгейзеровское сплетение, которое лежит ближе к прямой кишке, нежели к влагалищному своду. Преимущество этого метода заключается в его экстрагенитальном применении, которое исключает занесение инфекции. Принимая во внимание пристрастие современных акушеров к прямой кишке, кажется странным, что этот метод не был оценен по заслугам и повидимому не подвергся проверке. Вероятнее всего неудачные результаты его объясняются просто неправильной техникой. Можно ли применять этот способ также для вызывания искусственных преждевременных родов, представляется сомнительным¹.

КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ

АБДОМИНАЛЬНОЕ КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ

«Кесарское сечение» есть неправильный перевод термина «sectio caesarea». Слово «caesarea» происходит от ab utero caeso (Плиний). Появившиеся на свет дети с помощью этой операции назывались «caesones», что означает «вырезанные». Таким образом sectio caesarea является неудачным разговорным выражением, плеоназмом, и вполне может быть заменено выражением «родоразрешение с помощью разреза».

Приписываемый легендарному римскому царю Нуме Помпилию lex regia требовал, чтобы у каждой беременной, которая умерла неразрешенной, вырезывали ребенка до ее погребения. Это «кесарское сечение» на мертвой для спасения может быть еще живого плода производится и до настоящего времени, если после смерти матери удостоверяются в том, что внутриутробный плод еще жив и жизнеспособен, и операция может быть выполнена не позднее десяти минут с момента смерти². В интересах ребенка рекомендуется заменять эту операцию кесарским сечением на умирающей (Линценмейер). Однако очень трудно правильно

¹ Хеллендаль в новейшее время для вызывания родов рекомендует комбинировать горячие души с дачей 0,1 питуитрина или по Штейну 0,25 хинина 3 раза в день.—В. Г.

² В какой мере кесарево сечение на мертвых достигает своей цели, т. е. получения живого ребенка? Горецкий, собрав 379 случаев этой операции, относящихся ко времени 1887 г., нашел, что живые дети были извлечены при этом лишь в 5 случаях. Позднейшие статистики дают более благоприятные цифры, напр. в материале Киттера, обнимающем случаи кесарского сечения на мертвых, относящиеся к 1904—1918 гг., живые дети были получены в 68,2%.—В. Г.

определить момент вмешательства и добиться его проведения у подлежащих больных. Асептика и техника должны соблюдаться с такой же тщательностью, как и при операции на здоровой роженице.

При кесарском сечении на живой женщине результаты были вначале разумеется очень плохие, оставаясь таковыми до того времени, когда начало разрабатываться учение об остановке кровотечения и зашивании матки, а также были введены антисептические мероприятия,— настолько плохими, что Порро (Милан) (1876) предложил ампутировать матку с придатками после ее опоросения. Операция Порро давала несомненно лучшие результаты, и консервативное «классическое» кесарское сечение казалось будет совершенно заброшено. Оно было спасено Керером (Гейдельберг) и Зенгером (Лейпциг), которые доказали, что плохие результаты операции, особенно плохое заживление маточной раны и послеоперационный перитонит, обуславливались плохой техникой зашивания матки (рядом узловатых швов). Шов Зенгера-Керера (1882) был двухэтажным— один ряд швов накладывался на мускулатуру, другой, лембертовский шов— на покрывающую матку брюшину. Результаты операции при этом так резко улучшились, что к операции Порро стали относиться холоднее, тогда как показания к кесарскому сечению постепенно стали расширяться. В прежнее время операция эта применялась для спасения матери лишь в тех случаях, где она являлась единственной возможностью родоразрешения (абсолютные показания), впоследствии же на нее стали отваживаться и в тех случаях, где возможны роды *per vias naturales*, но только с помощью перфорации, чтобы получить живого ребенка (относительные показания). Чем больше улучшалась техника, чем быстрее и точнее стала производиться операция, чем совершеннее научились защищать брюшную полость от всякого загрязнения, чем тщательнее стали наблюдать, чтобы всякая возможность инфекции с гениталий оперируемой была перед операцией исключена, и чем более улучшались результаты кесарского сечения, тем шире стали ставиться показания к этой операции. Кесарское сечение вступило в конкуренцию не только с перфорацией живого плода, но и искусственными преждевременными родами,— операцией, представляющей малую опасность для жизни матери.

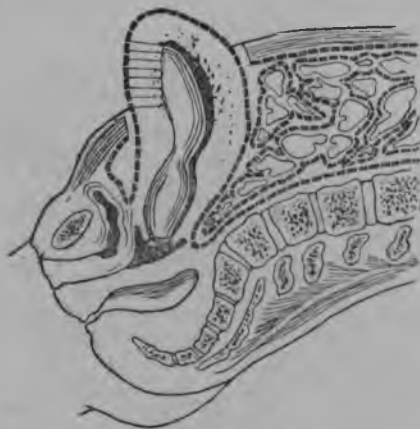
Результат кесарского сечения обуславливается «чистотой» случая, т. е. отсутствием микроорганизма в полости матки перед операцией. Однако и это представление согласно новейшим исследованиям и наблюдениям должно быть значительно сужено. Не только явно инфицированные и лихорадящие, но также и случаи затянувшихся родов, случаи с внутренним исследованием должны считаться нечистыми или по крайней мере сомнительными и таким образом неблагоприятными прогностически; желательными условиями для операции являются целостность плодного пузыря, отсутствие внутреннего исследования и нормальная температура. Некоторые хирурги требовали даже, чтобы подлежащие кесарскому сечению беременные принимались в клинику или больницу по крайней мере за 3 недели до срока родов, чтобы клиническим контролем установить полное отсутствие инфекции и при преждевременном разрыве плодного пузыря иметь возможность немедленно прибегнуть к оперативному вмешательству. Это ограничение круга применения кесарского сечения в новейшее время однако оставлено благодаря методам операции, при которых разрез делается не в области тела матки, а в области шейки.

Поводом к этому изменению методики было желание выполнить всю операцию экстраперитонеально (Франк, Зельхейм, Лацко, Дедерлейн, Кюстнер). Это достигается отодвиганием от шейки матки остающейся не вскрытой брюшины, причем или пузырно-маточная складка отделяется от мочевого пузыря и отодвигается кверху (Франк, Зельхейм) или она вместе с пузырем оттесняется в сторону (Лацко, Дедерлейн), и таким образом передняя стенка шейки обнажается для экстраперитонеального разреза достаточной длины. Возможность такого образа действий зависит от образования нижнего сегмента матки и обусловленного этим «странствования» брюшины в области пузырно-маточной складки. При растяжении нижнего сегмента матки его верхний край, место перехода в полый мускул, приближается все более и более к дну матки («контракционное кольцо поднимается выше»). Место, где плотно прикрепленная к матке брюшина переходит на заднюю поверхность мочевого пузыря (пузырно-маточная складка), приблизительно соответствует этой границе и поэтому при дальнейшем растяжении больше и больше передвигается кверху. Таким образом нижний сегмент оказывается покрытым податливой, подвижной брюшинной складкой, и образуется достаточная для разреза поверхность и нижнего сегмента и шейки, с которой можно отслоить брюшинный покров без вскрытия полости брюшины. А такая целостность брюшины есть без сомнения лучшая защита от послеоперационного перитонита. Эта победа над главной опасностью кесарского сечения повела к расширению показаний для данной операции на случаи, сомнительные в отношении своей чистоты (давнее отхождение вод, внутреннее исследование вне клиники), хотя это расширение отнюдь не распространилось на случаи с явной инфекцией.

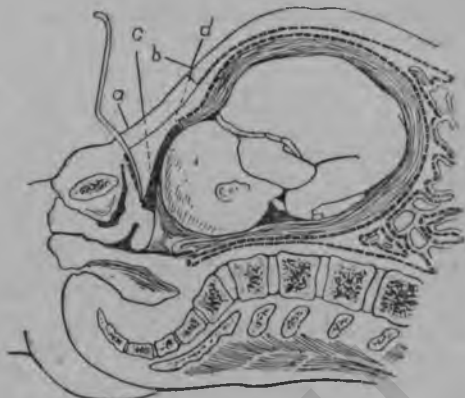
Экстраперитонеальное кесарское цервикальное сечение в связи с трудностями его техники часто сопровождается повреждениями брюшины. Наблюдение, что несмотря на это операция дает хорошие результаты, скоро привело к тому, что брюшина в области пузырно-маточной складки стала умышленно вскрываться под контролем зрения, после чего ее края сшивались с париетальной брюшиной передней брюшной стенки в области разреза, и таким образом создавалось провизорное отделение операционного поля от свободной брюшной полости (Зельхейм, Фейт). Принимая во внимание, что это отделение ни в коем случае не предохраняет от проникновения микроорганизмов, а также, наблюдая, что несмотря на частые разрывы этого провизорно отделяющего шва перитонит все же не наступал, гинекологи вскоре изменили технику и перешли на интраперитонеальное абдоминальное цервикальное сечение,



609. Классическое кесарское сечение. Разрез (J) в области тела матки, которая извлечена из брюшной полости. Пунктиром обозначен ход брюшины.



610. Классическое кесарское сечение. Двухэтажный шов. Пунктиром обозначен ход брюшины.



611. Внутрибрюшинный абдоминальный разрез шейки.

a, b—место разреза брюшной стенки, *c, d*—место разреза матки. Пузырь отодвинут от маточной стенки и прижат зеркалом к симфизу. Пунктиром обозначен ход брюшины.

при котором пузырно-маточная складка вскрывается и разрез производится на шейке интраперитонеально таким же образом, как раньше на теле матки при классическом кесарском сечении.

Техника

Интраперитонеальное абдоминальное цервикальное кесарское сечение

Интраперитонеальное (большей частью неправильно и без нужды называемое трансперитонеальным) абдоминальное цервикальное кесарское сечение (рис. 610 и 611) в случае необходимости может быть выполнено под местной анестезией.

Начинается она маленьким продольным разрезом брюшной стенки по белой линии с вскрытием париетальной брюшины, после которого в брюшную полость вводятся полотенца и производится рассечение пузырно-маточной складки, отодвигание опорожненного перед операцией мочевого пузыря и обнажение передней стенки шейки вплоть до влагалища. Далее делается разрез передней стенки шейки около 10 см длиной. Разрез этот должен по возможности не захватывать тела матки, но обязательно простирается вплоть до наружного зева и может быть продолжен до влагалища, после чего производится извлечение ребенка; при этом подлежащая головка выводится или рукой, или ложкой щипцов, или после типичного наложения щипцов, или с помощью поворота. Кроме того для выведения головки были предложены и другие методы и инструменты, напр. захватывание кожи головки пулевыми щипцами, которое однако вследствие поранения головки, пусть и маловажного, было совершенно отклонено. Далее для этого были предложены подъемники Хиндерфельда, Шпрингеля и Зельхейма (последний—окончатый и накладывается на головку так, что захватывает либо затылок либо переднюю часть головки). Когда плод извлечен, выжидают послеродовых схваток, выжимают послед по Креде и рукой производят контрольную проверку полости матки или ручное отделение детского места. Затем матка тампонируется с выведением тампона во влагалище и разрез ее зашивается, причем сперва накладываются узловатые кетгутовые швы на мускулатуру, затем непрерывный мышечный шов, прикрываемый брюшиной пузырно-маточной складки, и в заключение брюшная рана зашивается этажными швами.

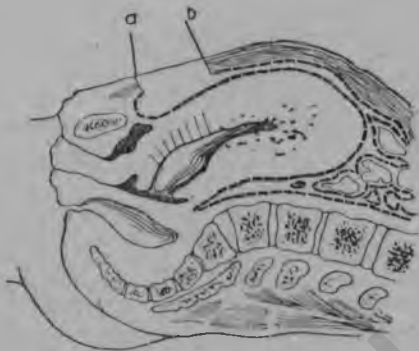
Предложение Полано рассекать после выведения матки заднюю стенку шейки не было принято.

Экстраперитонеальное абдоминальное цервикальное кесарское сечение

Поперечный разрез по Пфаненштилю (Ляцко), срединный или экстрамедиальный продольный разрез (Кюстнер) или боковой разрез (Дедерлейн) без вскрытия брюшины.

Техника по Ляцко: мочевой пузырь перед операцией наполняется, причем катетер оставляется, затем производится разведение прямых мышц, тупое отодвигание пузыря и пузырно-маточной складки слева направо, складка удерживается боковым зеркалом, разрез матки и извлечение ребенка и плаценты, как при интраперитонеальном сечении, маточный шов в два этажа, подведение пузыря и складки на нормальное место, зашивание брюшной стенки.

Надо иметь в виду, что при растяжении нижнего маточного сегмента мочеточник лежит вдоль матки, прилегая к ней, а при патологической фиксации (старый параметрит) может быть даже плотно спаян с маткой. Благодаря тому, что мочевой пузырь сильно отодвигается вправо, он тянет ребро матки и нижнюю часть ее даже при отсутствии фиксации, а тем более при наличии ее, впереди, отчего кажущийся срединный разрез приходится на левое ребро матки и при его продолжении книзу может захватить мочеточник. Этим объясняется имевшее место в руках многих операторов повреждение при данной операции левого мочеточника.



612. Внутривнутрибрюшинный абдоминальный разрез шейки.

a, b—место разреза брюшной стенки. Двухэтажный шов на матку. Пузырная брюшина пришта для покрытия маточного шва. Пунктиром обозначен ход брюшины.

Классическое кесарское сечение (рассечение тела матки) (рис. 609 и 610)

Разрез брюшной стенки, обходящий слева пупок, являющийся как бы центром разреза. Выкатывание матки, провизорное закрытие брюшной полости, рассечение матки поперечным разрезом дна (по Фричу) или продольным разрезом дна или тела. Извлечение плода—в случае необходимости через плаценту—и ручное отделение последа. Маточный шов в два этажа. Опускание матки в брюшную полость. Последнее зашивание брюшной стенки.

Раньше выведенная матка сжималась рукой ассистента или ягутом в области шейки, чтобы кровотечение из ее стенки было по возможности меньше, в настоящее время от этого в общем отказываются, потому что при быстром оперировании и изолированной перевязке сосудов с кровотечением можно легко справиться. При переднем продольном разрезе выкатывания матки можно не производить.

Я непосредственно после извлечения плода назначаю обыкновенно интравенозное вливание питулаидола. Кроме того я всегда тампонирую матку марлей, концы которой вывожу через шейку во влагалище. Тампон удаляется через 12 часов. Он облегчает заживление и возбуждает сильные маточные схватки. С помощью этих мер я не переживал каких-либо трудностей при остановке кровотечения даже и при вялой матке.

Кесарское сечение по Порро

После выведения и разреза тела матки ребенок извлекается, плацента и оболочки оставляются. Маточная рана провизорно закрывается с помощью зажимов. Отделение с обеих сторон придатков, которые в случае, если они нормальны, оставляются. Разрез пузырно-маточной складки, отодвигание мочевого пузыря, зажимание с обеих сторон маточных артерий в том месте, где они вступают в шейку. Отсечение шейки, удаление тела матки, замещение зажимов на сосудах лигатурами. Зашивание культи шейки узловатыми швами. Перитонизация культи сосудов и шейки, причем аккуратно сшиваются оба листа широкой связки, а в середине—брюшина мочевого пузыря с серозным листком задней стенки шейки.

Порро обычно удалял яичники, чего следует избегать в настоящее время, учитывая важное внутрисекреторное значение этих органов.

В настоящее время место надвлагалищной ампутации матки по Порро часто производится лишь немного более сложная полная экстирпация матки, при которой влагалище перерезывается ниже влагалищной части, вся матка удаляется, а влагалище в заключение зашивается.

Если операция Порро производится в заведомо инфицированном случае, тогда след за выкачиванием матки брюшная рана в своих глубоких слоях (брюшина, мускулатура и фасции) тщательно зашивается, и задняя поверхность шейки фиксируется к этому ряду швов, затем шейка сдавливается, как это было первоначально предложено Порро, с помощью резинового жгута. Матка вскрывается, ребенок удаляется, и тело матки ампутируется в области шейки. Видимые в толще культи шейки и около нее просветы сосудов должны быть перевязаны. Сама культя шейки вшивается в брюшную рану. Таким образом достигается предохранение брюшной полости от инфицированного содержимого матки. Культи шейки в течение 3 недель некротизируется, стягивающая ее резиновая трубка выпадает, и брюшная рана заживает с помощью грануляций.

Родоразрешение путем образования маточно-брюшностеночного свища (Зельхейм)

Невскрытая матка широко подшивается к брюшной стенке, благодаря чему брюшная полость бывает полностью отграничена окружающим швом от продольного разреза матки, находящегося внутри от шва. После операции остается маточно-брюшностеночный свищ, который потом закрывается самопроизвольно.

Позднейшие родоразрешения живым ребенком являются возможными даже тогда, когда плацента располагается в области свища. Кесарское сечение впоследствии благодаря широким сращениям между маткой и брюшными стенками оказывается вполне экстраперитонеальным (Хейк).

Способ Порта

После выкачивания матки брюшная полость совершенно закрывается, и только тогда вскрывается матка. Когда ребенок и плацента с оболочками удалены, матка зашивается, но остается лежать на брюшной стенке, покрытая влажной стерильной марлей. После прошедшей инволюции (20—30 дней) матка с помощью новой лапаротомии опускается в брюшную полость. Оба последних метода применяются конечно только в инфицированных случаях.

Оценка различных методов кесарского сечения

Типическим кесарским сечением является абдоминальное цервикальное сечение в его наиболее простой модификации, т. е. интраперитонеальное цервикальное сечение.

Экстраперитонеальное кесарское сечение я предпочитаю: 1) при лихорадке, возникшей во время пребывания женщины в клинике и точная замеченной; 2) когда на вульве имеет место или замечается опаснейший инфекционный очаг, а именно фурункулы в области гениталий, также при экземе вульвы с содержанием стрептококков (Липман) и при резком отеке вульвы, благодаря которому при родоразрешении *per vias naturales* могут произойти тяжелые повреждения и даже гангрена отечных тканей с последующим смертельным сепсисом (Хене, Скуч, Гертлер, Гринхаль).

Операция Порро бывает операцией выбора: 1) в доставленных уже лихорадящими случаях, где нельзя избежать кесарского сечения (операция эта конкурирует здесь с маточно-брюшностеночным свищем и операцией Порты); 2) у старых многорожениц, которые желают, чтобы к кесарскому сечению была присоединена стерилизация (у молодых женщин стерилизация производится при консервативном кесарском сечении одно- или двумоментным способом путем исключения фаллоциевых

труб); 3) при неоперабельных раках шейки (дабы предотвратить инфицирование матки и возникновение из нее общего сепсиса).

«Классическое» кесарское сечение (разрез тела матки) можно считать показанным только в следующих случаях: 1) при существовании у больной опухолей половой сферы (миом, опухолей яичника); 2) при операбельном раке шейки (с последующей радикальной абдоминальной операцией).

Опасности кесарского сечения

1. Непосредственные опасности

1. **Инфекция** при кесарском сечении возникает либо первично во время операции либо вторично со стороны маточной полости, причем она распространяется через маточный шов и поражает брюшину. Разрез в теле матки и шов здесь казалось бы должны были находиться в отношении первичной инфекции в относительно благоприятных условиях благодаря отдаленности их от содержащих микробов шейки и влагалища. На самом деле однако они оказываются неблагоприятными как в отношении первичной, так и в отношении вторичной инфекции. При классическом кесарском сечении оперируют так сказать в центре брюшной полости, и потому гнойные микроорганизмы, околоплодные воды, первородная смазка—все это попадает между кишками и приходит в соприкосновение с значительной поверхностью брюшины. При цервикальном сечении операция происходит не в свободной брюшной полости, а в тазу, между мочевым пузырем и шейкой, причем объемистое тело матки отделяет оперативное поле от брюшной полости. Это отделение легче можно сделать более совершенным с помощью марлевых салфеток. Таким образом легко предохранить полость брюшины от занесения инфекции. Разница относительно возможности первичной инфекции свободной брюшной полости здесь так же велика, как, с одной стороны, при абдоминальном, а с другой—при вагинальном вскрытии брюшины.

Защита от перитонита, возникающего в результате вторичной инфекции, распространяющейся через шов, при цервикальном сечении также гораздо лучше по следующим двум причинам: во-первых, шов здесь оказывается хорошо и плотно прикрытым с помощью мочевого пузыря и имеющейся в большом количестве и легко смещаемой брюшины, так что он оказывается лежащим внебрюшинно; во-вторых, цервикальный шов остается в абсолютном покое, в то время как шов тела матки в переперальный период благодаря прогрессирующей инволюции матки бывает лишен покоя вследствие длительного сокращения и смещения матки. Вследствие этого он гораздо легче может оказаться недостаточным.

Кесарское сечение может быть безопасным в отношении инфекции только в тех случаях, где возбудители инфекции отсутствуют до операции в половой сфере. Установить это однако не всегда легко. Само собой разумеется, наличие инфекции имеется в тех случаях, когда роженица лихорадит или при нормальной температуре у ней бросается в глаза плохой пульс, не могущий быть объясненным заболеванием сердца (латентная инфекция).

Мысль, что судьба инфицированной роженицы предопределена в смысле как хорошего, так и плохого исхода еще до родоразрешения, и поэтому безразлично, каким именно образом она будет разрешена (Вальтхард), является справедливой.

вой для многих случаев, но далеко не для всех. К сожалению определить заранее, для каких именно случаев она справедлива, нельзя, вследствие чего я считаю совершенно неправильным при установке показаний для хирургического родоразрешения вовсе не беспокоиться о лихорадке или даже как раз вследствие ее решаться на кесарское сечение (Кертинг).

2. Остановка кровотечения не представляет особого затруднения.

При цервикальном разрезе не надо бояться кровотечения даже при предлежании последа.

Случаи, где из-за невозможности остановить кровотечение приходится переходить к операции Порро, представляются крайне редкими; в таких случаях однако не следует медлить, чтобы предотвратить смертельный исход от потери крови.

3. Воздушная эмболия до сих пор наблюдалась только в шести случаях (в 2 случаях Кюстнера после кесарского сечения с разрезом матки, в случаях Финке, К. Мейера, Крауля и Душе—при абдоминальном цервикальном сечении и в 1 случае Ляцко—после влагалищного сечения).

Массаж и давление в положении роженицы с приподнятым тазом повидимому благоприятствуют этому осложнению.

2. Отдаленные осложнения

1. Образование внутрибрюшинных сращений имеет место только при интраперитонеальных методах, и то не особенно часто. Так как спайки обыкновенно ограничиваются передней стенкой матки и задней стенкой мочевого пузыря, то они обычно не таят в себе никакой опасности.

2. Разрыв матки при последующих беременностях и родах, бывающий тогда, когда маточный рубец, растягиваемый при новой беременности, оказывается слишком слабым или потому, что он был с самого начала тонким, или потому, что он изотом сделался таковым. Рубец бывает тонким чаще всего при плохом заращении маточного разреза, именно при заращении вторичным натяжением; нередко однако это зависит и от плохой техники разреза и его зашивания.

Многие хирурги проводят низкий разрез тела матки, не отделяя пузырно-маточной складки и не отодвигая мочевого пузыря. Другие делают и то и другое, но лишь слегка надрезая, так как это им кажется более удобным, и не придавая значения тому, насколько далеко распространяется разрез вверх и книзу. Вследствие этого самое выражение «абдоминальное цервикальное сечение» признается неправильным. Я считаю его правильным и стараюсь действительно широко отодвинуть мочевой пузырь от шейки, вернее от перешейка (isthmus), ограничивая разрез шейкой, а в случаях, если он окажется мал, удлиняя его по возможности книзу, вплоть до влагалища. Это тем более необходимо, чем меньше растянут нижний сегмент матки. Чем дальше разрез нижнего сегмента проникает в тело матки, тем больше женщине угрожает разрыв матки при последующих беременностях. К значительному повреждению рубца может повести также внедрение эндометрия в мускулатуру. Он может быть механически захваченным при зашивании, но также может и самопроизвольно прорасти туда при заживлении раны. Внедрившиеся железы оказываются часто при этом расширенными кистовидно.

Особенно большую склонность к разрыву обнаруживает рубец в дне матки (после поперечного разреза дна по Фричу). Это объясняется тем, что он лежит в области наиболее мощной мускулатуры и кроме того в той части матки, которая особенно бывает лишена покоя при послеродовой инволюции ее. Продольные рубцы в передней стенке матки в общем как будто бывают более устойчивы. Абдоминальное цервикальное сечение дает рубец, не поддающийся разрыву, но с расширением показаний и круга применения малой операции за последние годы растет и казуистика разрывов, увеличиваясь буквально в ужасающей степени (Вилле).

Рубец становится слишком тонким, если он при последующей беременности подвергается разъедающему воздействию со стороны клеток

хориона, если стало быть прививка яйца происходит на нем или в мышечном желобке, образующемся в результате неполного заживления рубца, и таким образом рубец весь или частично оказывается занятым плацентой. На подобных местах развитие децидуальной ткани бывает недостаточным или даже совершенно отсутствует, вследствие чего децидуальные клетки вынуждаются к патологическому глубокому врастанию и проникают в толщу рубца.

Истончение рубца может быть настолько резким, что уже в конце беременности незначительное, не превышающее обычного узурирование стенок матки плацентой оказывается чрезмерным и либо прогрессирующее повышение давления в матке благодаря росту яйца, либо острое увеличение давления в результате первой схватки ведет к разрыву тонкого рубца и выхождению содержимого матки в брюшную полость.

Иногда при повторном кесарском сечении разрыв матки наступает после разреза брюшных стенок, но еще до вскрытия матки (случай Накке и мое собственное наблюдение).

Рубец может истончаться оттого, что при последующей беременности в результате травмы получается полный или неполный надрыв его. Особенно опасны в этом отношении удары в живот и падение на зад. Если это повело к неполному разрыву при паличии беременности, то при родах разрыв становится полным.

Можно и не знать, в каком состоянии находится рубец при ближайших родах. Безлихорадочное течение послеоперационного периода после кесарского сечения делает весьма вероятным, что он хорошо зажил и является прочным, однако абсолютной уверенности в этом отношении никогда не может быть. Вследствие этого всякая роженица, перенесшая кесарское сечение, должна разрешаться в клинической обстановке, и только в таком случае может быть уверенность, что она не погибнет от разрыва матки. Лишь в стационаре можно спокойно выждать самостоятельного родоразрешения после кесарского сечения (кроме произведенных по поводу узкого таза) в сознании, что всякая необходимая помощь будет роженице оказана своевременно.

Насколько рано может произойти разрыв после кесарского сечения, доказывает случай Ишенхейзера, где разрыв произошел в начале беременности и повел к вторичной брюшной беременности. Плацента в этом случае сидела на задней стенке таза и на рожне брыжейки. Края разрыва переходили на заднюю поверхность тазовой стенки.

Насколько, с другой стороны, поздно может произойти разрыв матки, свидетельствует случай Шверера, где разрыв имел место в последовом периоде после инъекции питуририна.

3. Понижение плодовитости, которое зависит или от того, что в результате перенесенной операции зачатие затрудняется, или потому, что его избегают из страха перед последующими родами.

Зигель за 6 лет наблюдал после кесарского сечения в среднем наступление еще одной беременности в 44%, двух—в 12% и трех—в 2%.

С другой стороны, имеются отдельные случаи стремления к беременности несмотря на кесарское сечение.

В клинике Франца кесарское сечение было произведено 49 раз повторно, у 19 женщин в третий и у 1 в четвертый раз. Семикратное повторение кесарского сечения является в настоящее время повидимому рекордным (Шоу).

Насколько часто можно без риска производить повторную операцию кесарского сечения,—этот вопрос разрешается в каждом отдельном случае, учитывая положение дела с медицинской стороны и желание женщины.

Зигель указывает, что смертность при повторном кесарском сечении равна 41, а при повторении операции в третий раз—28%.

4. Ослабление способности к деторождению. В настоящее время мы слишком расширили границы показаний к кесарскому сечению. Применение этой операции при эклампсии и предлежании плаценты часто распространяется и на первородящих, способность к деторождению у которых вследствие наличия маточного рубца в течение долгого времени остается под сомнением. Ввиду того, что мягкие части у них не были достаточно растянуты при беременности, законченной кесарским сечением, эти женщины и ко вторым родам остаются первородящими в акушерском смысле этого слова, причем они не могут развить необходимой для родоразрешения родовой деятельности из-за наличия маточного рубца и грозящей от него опасности.

5. Падение акушерского искусства и неправильная установка показаний. Акушерское мышление и акушерская техника становятся тем более излишними, чем небудумнее и быстрее все трудности установки показаний и родоразрешения *per vias naturales* устраняются таким образом, что просто их отбрасывают. Производить кесарское сечение скоро выучивается каждый тушца, тогда как успешное разрешение без ножа сложной акушерской ситуации требует многолетней тренировки и головы и рук. Неуклонный курс на кесарское сечение в общем резко увеличил число лапаротомистов и таких людей, которые думают о себе как о хирургах, каковыми они на самом деле вовсе не являются, в то время как число настоящих акушеров столь же резко понизилось. Это повело к тому, что многие женщины попадают под хирургический нож без всякой к тому необходимости.

Если опасности кесарского сечения велики даже в руках технически опытного врача, то еще более понятно, что они сильно возрастают в руках совсем неопытного, малоопытного или легкомысленного хирурга, а это само собой разумеется ведет к резкому повышению смертности. Кто однако в настоящее время признает себя недостаточно опытным? Как мало врачей, которые сохраняют и возможность самокритики и способность отказаться от успеха, оставив то и другое на долю действительно опытного акушера. А теоретизирующая акушерская пропаганда за письменным столом только укрепляет отсутствие критики. Мы идем в акушерстве навстречу опасности чрезмерного увлечения оперированием, теряя способность критики, как то было в гинекологии в начале эры влагалищных операций.

Правильно и вполне обосновано, что благодаря безопасности для жизни цервикального кесарского сечения понятие об абсолютных и относительных показаниях к этой операции ушло и интересы ребенка. Мы должны в настоящее время при отсутствии противопоказаний считать данную операцию абсолютно показанной в тех случаях, когда не только жизнь матери, но и жизнь плода находится под угрозой, и спасти ее другим способом невозможно или можно с меньшей уверенностью в успехе. Этот сдвиг показаний к кесарскому сечению уместен лишь при условиях родов в родовспомогательном учреждении и хорошего, честного, добросовестно учитывающего все противопоказания акушера.

Кесарское сечение и теперь еще дает известную смертность, которая, правда, у хороших операторов колеблется от 1 до 2%, но в среднем равняется 4—5%.

ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ

Влагалищный цервикальный разрез имеет совершенно другой смысл, чем абдоминальный. Не прокладывая, как последний, нового пути для ребенка в случаях имеющихся препятствий со стороны родовых путей (опухоль, узкий таз), он имеет целью лишь

такое раскрытие маточного зева, при котором было бы возможно извлечение плода через родовой канал. Влагалищное сечение есть только расширяющая операция, с помощью которой в любое время беременности и родов можно получить в несколько минут полное расширение совершенно закрытого зева, которое является уместным там, где необходимо быстрое родоразрешение, между тем как раскрытие маточного зева недостаточно и является единственным препятствием для последнего.

Подобно абдоминальному и влагалищное кесарское сечение требует для себя непременно клинической обстановки.

Операция эта была предложена впервые Дюрсеном в 1896 г., открыв собой новую эру влагалищных операций также и в гинекологии.

Дюрсен рассекал обычно и переднюю и заднюю стенки шейки.

Позднее Бумм рекомендовал ограничиться только рассечением передней стенки (*hysterotomia anterior*).

Техника: влагалище раскрывается зернами, шейка захватывается и низводится пулевыми щипцами, проводится срединный продольный разрез, начинающийся непосредственно под мочеиспускательным каналом, а кончающийся у влагалищной части и проникающий вместе с влагалищной стенкой в глубь пузырно-влагалищной перегородки пузырь отсепаровывается до пузырно-маточной складки, которая не вскрывается, проводится срединный продольный разрез по стенке шейки вплоть до складки, если это необходимо—после еще более значительного отодвигания последней тупым путем (рис. 613), и ребенок извлекается в зависимости от обстоятельств или с помощью поворота или щипцами (при мертвом плоде производится перфорация); в заключение после удаления послода накладываются узловатые швы из кетгута сначала на матку, а затем на влагалище.

Возможные осложнения: повреждение мочевого пузыря при разрезе влагалищной стенки или позднее при зашивании матки, дальнейший разрыв разреза матки со вскрытием брюшины. Вскрытая складка тотчас же зашивается, поврежденный пузырь также тщательно закрывается послойно двух- или трехэтажным швом.

Остановка кровотечения иногда представляет затруднения в редких случаях.

При узком влагалище (у первобеременных) необходимо в виде вспомогательного метода прибегать к разрезу влагалища и промежности (по Дюрсену-Шухардту).

Сделанное позднее Дюрсеном предложение производить разрез влагалища и шейки по предварительно введенному в матку и туго наполненному метрейринтеру не встретило поддержки, так как балон часто затрудняет и препятствует низведению влагалищной части.

Показания к влагалищному кесарскому сечению:

1. Необходимость немедленного родоразрешения, особенно по поводу



613. Передняя гистеротомия. После того как передняя стенка влагалища разрезана в продольном направлении, отсепаровывается пузырь, и рассекается передняя стенка шейки.

эклампсии, при нежизнеспособном плоде или уже при имеющейся инфекции, вследствие чего исключается применение абдоминального цервикального сечения.

2. Наличие препятствий для родов со стороны влагалищной части (закрытие маточного зева перегородкой, конглоутинация наружного зева, воспалительные или возникшие в результате ожога рубцовые сужения его, резкая ригидность маточного зева у старых первородящих). В этих случаях впрочем применяется и абдоминальное кесарское сечение, дающее лучшие результаты для ребенка.

Под «малым кесарским сечением» разумеется абдоминальное или влагалищное опорожнение матки при ранней беременности с помощью срединного разреза тела матки или верхней трети шейки, не распространяющегося на наружный зев.

При производстве этой операции рукавным путем можно оперировать или первично внебрюшинно или вторично внебрюшинно.

В первом случае пузырно-маточная складка отодвигается по возможности выше и непосредственно ниже ее производится разрез матки (Хейнзиус).

Во втором случае образующая складку брюшина рассекается и вновь подшивается выше того места, где предположено сделать разрез матки. Это окаймление можно произвести и в области маточного дна и на задней поверхности матки так же, как и при *interpositio uteri*, только не так глубоко.

При выполнении операции абдоминальным путем разрез можно хорошо перитонизировать невскрытой брюшинной складкой.

Зельхейм делает обыкновенно разрез матки по задней стенке ее тела.

Время тазорасширяющих операций повидимому уже отошло в прошлое—навсегда ли, это покажет будущее.

Операция рассечения таза имела два периода расцвета: первый, когда Сиго в 1777 г. произвел в первый раз открытую им симфизеотомию, второй—когда Джилли в 1894 г. произвел впервые открытую гебостеотомию.

Метод Джилли был Дедерлейном и Буммом в 1904 г. модифицирован в закрытую гебостеотомию, после чего подкожная методика распространялась и на симфизеотомию (подкожная симфизеотомия по Франку).

Хотя показания для подкожного рассечения тазового кольца имеют более широкие границы, чем кесарское сечение (возможность применения этой операции у лихорадящих вследствие инфекции половой сферы, возможность оперирования врачом-специалистом даже в условиях домашних родов, наконец применение ее при внезапных осложнениях, как напр. при выпадении пуповины), однако это последнее настолько вытеснило симфизеотомию (*resp.* гебостеотомию), что даже те, кто раньше подобно мне охотно применял ее, в настоящее время совершенно от нее отказались.

Предложения увеличивать просвет таза при помощи резекции промотория (Роттер, Шмидт) или симфиза (Зейц, Коста), путем резекции копчика или тазовой пластинки (Креде) и пр. не получили широкого применения в практике.

Döderlein, Handb. d. Gebh., Ergänzungsbd., 2 Aufl., München, Bergmann 1925.—Fritsch, 5 Aufl., Halle, Niemeyer, 1894.—Guggisberg, Stuttgart, F. Enke, 1916.—Hammerschlag, II Aufl., Leipzig, Hirzel, 1910.—Liepmann, IV Aufl., Berlin, Hirschwald, 1924.—Skutsch, Jena, G. Fischer, 1901.—Winkel, Handb. d. Gebh., Bd. III, 1. Hälfte, Wiesbaden, 1906.—Winter, Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1927 (Halban u. Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes, Bd. VIII).

Разрыв промежности и эпизиотомия: Виссера, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 21.—Henkel M., Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 13.—Riesck, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 13.—Stolz, Zeitschr. f. Gyn., 1910, S. 678.—v. Ott, Zentralbl. f. Gyn., 1927, Nr. 49.

Вторичное зашивание промежности: Brandes, Zentralbl. f. Gyn., 1926, H. 22.—Pulvermacher, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 48.—Rudolphson, Zentralbl. f. Gyn., 1924, Nr. 7a.

Щипцы Килланда: Kjelland, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 43.—Küster, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 82.—Mayer A., Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 43.—Meumann, Zentralbl. f. Gyn., 1922, Nr. 9; 1923, Nr. 5.—Sänger, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 44.

Исправление положений приголовном предлежании: v. Franque, v. Winkels Handb., Bd. 3, S. 248.—Zangemeister, Döderleins Handb. d. Geb., Ergänzungsbd., II Aufl., 1925.

Ягодичное предлежание: Küstner O., Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 78.—Martin A., Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 47, H. 1; Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 92.—Müller A., Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 16.—Nürnbergger, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 57 (Zange am nachfolgenden Kopf).

Наружный поворот: Maiss, Zentralbl. f. Gyn., 1927, Nr. 38.

Раздробляющие операции: Fehling, Zentralbl. f. Gyn., 1898.—Waltherd, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 9, H. 1.—Werner, Zentralbl. f. Gyn., 1920, Nr. 43.—Zweifel, Zentralbl. f. Gyn., 1895 u. 1897.

Декапитация: Blond, Zentralbl. f. Gyn., 1923, H. 7.—Ecke, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 32.—Freid, Zentralbl. f. Gyn., 1925, Nr. 16.—Heideler, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 48/49.

Рахиотомия: Küstner, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 48.

Habituelle Übertragung: Mayer A., Zentralbl. f. Gyn., 1924, Nr. 1.—Zurhelle, Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 25.

Искусственные преждевременные роды: Fülöp, Zentralbl. f. Gyn., 1921, Nr. 31.—Hofmeier, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1900.—Sarwey, Berlin, Hirschwald, 1896.—Wieloch, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 44 (Fruchtwasserersatz nach vorzeitigem Blasensprung).

Geburtseinleitung: Bar, Zentralbl. f. Gyn., 1924, Nr. 41.—Baum P., Deutsche med. Wochenschr., 1913 und 1914 (Hammelblase und Glycerin).—Bellmann, Zentralbl. f. Gyn., 1925, Nr. 31.—Frygiesi, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 35.—Klein P., Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 39 (Prokteuryse).—Zangemeister, Archiv f. Gyn., Bd. 109.

Кольпезизи метрейриз: Bettmann, Zentralbl. f. Gyn., 1925, Nr. 31 (Abstossung der Portio).—Birmer, Wiesbaden, 1899.—Müller A., Zentralbl. f. G. 1900 u. 1920.—Wiemann, Zentralbl. f. Gyn., 1925, Nr. 24 (Abreißen des Muttermundes).—Wyder, v. Winkels Handb., Bd. 3.—Zangemeister, Döderleins Handb. (Ergänzungsband), II Aufl., 1925.—Zimmermann, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 16.

Frank, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 32.—Gigli, Zeitschr. f. Gyn., 1915, Nr. 41.—Kehrer, Archiv f. Gyn., Bd. 90.—Menge, Archiv f. Gyn., Bd. 109.—Mayer A., Beckenerweiternde Operationen, Berlin, Karger, 1908.—Seitz, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 50, H. 1 (Symphysenresektion).—Stoessel, Archiv f. Gyn., Bd. 109.—Zangemeister, Zentralbl. f. Gyn., 1919, Nr. 45 (Symphysenresektion).—Zweifel und Döderlein, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gyn. in Dresden, Leipzig, J. A. Barth, 1908.

Абдоминальное кесарское сечение: Вауч, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 84 (an der Toten).—Döderlein, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 33.—Frank, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 23 und Archiv f. Gyn., Bd. 81.—Höhne, Archiv f. Gyn., Bd. 106 (Vulvaödem).—Klaften und Bodnar, Archiv f. Gyn., Bd. 126 (Statistik).—Kraul, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 30 (Luft-

embolie).—Küstner O., Deutsche Frauenheilkunde v. Opitz, Bd. II, Wiesbaden, Bergmann, 1925.—Küstner, Zentralbl. f. Gyn., 1922, Nr. 22.—Latzko, Zentralbl. f. Gyn., 1909.—Linzenmeier, Med. Klinik, 1920, Nr. 17 (Kaiserschnitt an der Toten).—Martius, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 83, H. 1.—Noltmann Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 7 (Sectio in mortua).—Sellheim, Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 5.—Stoessel, Archiv f. Gyn., Bd. 109.—Wagner G. A., Zentralbl. f. Gyn., 1927, Nr. 20 (Methode nach Portes).—Wille, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 28 (Statistik).

Разрыв матки после кесарского сечения: Keller, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 19.—Süssmann, Zentralbl. f. Gyn., 1929.—Wetterwald, Zentralbl. f. Gyn., 1926, Nr. 10.

Влагалищное кесарское сечение: Bumm, Zentralbl. f. Gyn., 1902.—Dörffler, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 6.—Dührssen, Berlin, Karger, 1896.—Heinsius, Zentralbl. f. Gyn., 1923, Nr. 42 (Kleiner Kaiserschnitt).—Sellheim, Monatschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 48.

akusher-lib.ru

ПРАВОВАЯ ОХРАНА МАТЕРИ И РЕБЕНКА В СССР

И. Бычков (Москва)

1. Охрана труда беременных и кормящих грудью

Октябрьская революция в корне изменила у нас положение трудящейся женщины и открыла ей возможность выйти из круга узких интересов домашней обстановки на широкую дорогу социалистического строительства. В течение первой пятилетки, завершением которой закончено построение фундамента социалистической экономики в СССР, в сферу социалистического труда вовлечено новых 4 миллиона женщин. Многомиллионной армии работниц обеспечены условия, гарантирующие охрану их здоровья как будущих матерей и открывающие им возможность осуществить воспитание детей. Советское законодательство больше, чем законодательство любой другой страны, отвечает в этом отношении требованиям охраны труда женщины-матери.

Завершенное построение фундамента социалистической экономики и социалистическая реконструкция быта создают материальную основу для развертывания законодательства по охране труда матери, вполне отвечающего требованиям современного этапа социалистического строительства.

Охват общественным питанием в 1934 г. 49% трудящихся (против 28,6% в 1931 г.), исключительные по размаху темпы жилищного строительства с широким внедрением в нем социалистических форм (дома-коммуны и т. п.) и широкое развертывание работы органов здравоохранения по охране материнства и младенчества—это вехи, отмечающие путь раскрепощения женщины, обеспечивающие эффективность советского законодательства, направленного на защиту женщины как настоящей и будущей матери.

Ниже мы приводим основные нормы советского законодательства, защищающие беременную и женщину-мать.

В Кодексе законов о труде (КЗОТ) РСФСР¹ вопросам охраны труда женщин и подростков отведена специальная глава XIII (статьи 129—137 вкл.).

Согласно ст. 132 КЗОТ РСФСР женщины, работающие по найму, освобождаются от работы с сохранением должности и с получением содержания за счет фонда социального страхования: занятые физическим трудом—в течение 56 дней до родов и 56 дней после родов, а женщины, занятые конторским и умственным трудом,—в течение 42 дней до родов и 42 дней после родов. Из работниц конторского и умственного труда приравнены к работникам физического труда в отношении предоставления отпуска по беременности и родам женщины, работа которых связана с разъездами (напр. участковые врачи и фельдшерицы, разъездные агенты, инструктора и т. п.) и далее—машинистки на пишущих машинках, стенографистки, лица инженерно-технических и агрономических специальностей, кроме работающих в управленческом аппарате учреждений, продавацы в торговых и складских предприятиях, артистки,

¹ Аналогичные льготы содержатся и в кодексах законов о труде прочих союзных республик СССР, но под другой нумерацией статей.

библиотечные работники, школьные работники в сельских местностях, руководительницы и воспитательницы детских домов; из медперсонала — врачи и фельдшерицы, работающие в отделениях больниц и кабинетах амбулаторий — хирургических, родильных, психиатрических, инфекционных; врачи-педологи, санитарные, помощи на дому, зубные врачи и техники, акушерки, массажистки, фармацевтки, исполняющие обязанности ассистентов, дефектаров, пультрантов, лаборантов.

Отпуск по беременности в послеродовом периоде предоставляется независимо от того, родился ли ребенок живым или мертвым. В случаях выкидыша, как естественного, так и искусственного (аборт), ст. 132 КЗОТ не применяется, и вопросы об отпуске по временной потере трудоспособности и сроке его разрешаются лечащим врачом в общем порядке. Согласно ст. 119 КЗОТ РСФСР в отпуск по материнству срок очередного отпуска не засчитывается, и неиспользованный очередной отпуск, причитающийся в текущем году, может быть добавлен к отпуску по материнству, чем последний соответственно удлиняется, что для матери представляет существенное удобство. Время отпуска по беременности засчитывается в срок работы при исчислении права на очередной отпуск, для приобретения которого требуется трудовой стаж в данном учреждении не менее $5\frac{1}{2}$ месяцев.

В соответствии с постановлением правительства СССР от 23/VI 1931 г. о социальном страховании за время нахождения в отпуску по материнству, как и во всех прочих случаях временной потери трудоспособности, выплата пособия производится в зависимости от рода работы и трудового стажа, а именно:

1. Рабочим и служащим промышленных предприятий: а) при наличии полных 2 лет стажа работы на данном предприятии и 3 лет общего трудового стажа — 100% заработной платы, а при отсутствии 3 лет общего трудового стажа — 75% за первые 20 календарных дней и полностью за остальное время; б) проработавшим на данном предприятии от 1 до 2 лет — $\frac{2}{3}$ за первые 20 дней и полностью за остальное время; в) то же — менее 1 года — $\frac{2}{3}$ за все время нетрудоспособности.

2. Рабочим и служащим учреждений и предприятий непромышленного характера пособие выплачивается в размерах: а) проработавшим на данном предприятии полных 2 года — 75% за первые 15 дней при наличии 3-летнего общего трудового стажа и за первые 20 дней при отсутствии этого стажа и полностью за остальное время; б) проработавшим на данном предприятии от 1 до 2 лет — $\frac{2}{3}$ за первые 20 дней и полностью за остальное время и в) проработавшим менее 1 года — $\frac{2}{3}$ за все время нетрудоспособности. Ударникам, имеющим более 1 года общего трудового стажа и работающим в промышленных предприятиях, пособие выплачивается в размере полного заработка за все время отпуска по материнству независимо от длительности работы на данном предприятии. Подросткам (до 18 лет), проработавшим менее 1 года на данном предприятии, выплачивается пособие в размере 75% зарплаты за первые 20 дней и 100% за остальное время отпуска по материнству, а проработавшим более 1 года — 100%, начиная с первого дня. Не членам профсоюза, работающим по найму независимо от места работы и трудового стажа, выплачивается за первые 30 дней отпуска по материнству 50%, а за остальное время $\frac{2}{3}$ зарплаты. Подобная дифференцированная система выплаты пособия вполне увязана с общим направлением политики советского правительства в области труда — предоставить лучшие усло-

вия группам рабочего класса, более ценным в трудовом отношении на фронте социалистического строительства.

Статьей 131 КЗОТ установлен запрет назначения беременных и кормящих грудью женщины на сверхурочные и ночные работы. В предприятиях, переведенных на семичасовой рабочий день, не допускаются к ночным работам беременные женщины, начиная с 6-го месяца беременности, а кормящие грудью—в течение первых шести месяцев кормления. Запрещение ночного труда беременных и кормящих грудью распространяется на все виды работы, в том числе и на те, в которых согласно специальным разрешениям местных профсоюзных органов, регулирующих применение женского труда, допускается применение ночного труда женщин. Это запрещение сохраняет свою силу также в отношении ночного труда женщины—членов промыслово-кооперативных и трудовых артелей (включая колхозы), занятых на сезонных работах (торфоразработки, лесоразработки и т. п.), а также отбывающих исправительно-принудительные работы. В лечебно-санитарных учреждениях воспрещаются ночная работа и суточные дежурства беременных и кормящих грудью женщин применительно к вышеприведенной ст. КЗОТ (1).

Домашние работницы согласно ст. II специального постановления ВЦИК и СНК РСФСР от 8/II 1926 г. «О труде домашних работников» (2) не могут быть допущены к ночной работе, начиная с VII месяца беременности.

Начиная с V месяца беременности, женщины не подлежат посылке в служебные командировки без их на то согласия вне места постоянной работы (ст. 133 КЗОТ).

Согласно ст. 58 исправительно-трудового кодекса РСФСР не подлежат посылке на работы вне постоянного места заключения без их на то согласия отбывающие лишение свободы беременные женщины, начиная с V месяца беременности.

В тех исключительных случаях, когда законом допущено привлечение населения в целом или отдельных его категорий к труду в порядке трудовой повинности, от этого освобождаются согласно ст. II Кодекса законов о труде: а) беременные и роженицы в течение 56 дней после родов; б) женщины, кормящие грудью; в) женщины, имеющие детей до 8-летнего возраста при отсутствии лица, ухаживающего за детьми.

Учитывая анатомические и физиологические особенности женского организма, Кодекс законов о труде воспрещает применение женского труда на особо тяжелых и вредных для здоровья производствах и на подземных работах (ст. 129 КЗОТ). Список работ и профессий, к которым не допускаются женщины, утвержден Наркомтрудом СССР 17/V 1932 г. (3). Женщины ни в коем случае не должны назначаться на работу, заключающуюся исключительно в переноске или передвижении тяжестей весом более 4,2 кг, если эта работа отнимает более $\frac{1}{3}$ рабочего времени. Указанная норма в 4,2 кг значительно повышается в тех случаях, когда переноска или передвижение тяжестей связаны с другой выполняемой женщиной работой и отнимают менее $\frac{1}{3}$ рабочего времени. В этих случаях установлена для взрослых женщин норма в 20 кг, а для подростков (16—18 лет)—в 10 кг.

Особые льготы установлены в этом отношении для беременных и кормящих грудью. Согласно постановлению Совнаркома СССР от 11/VII 1929 г. (4) воспрещается применение труда беременных женщин

на непосильных и вредных для здоровья работах в крестьянских хозяйствах, применяющих наемный труд.

В постановлении ЦИК и СНК от 2/ХІ 1927 г. (5) содержится запрещение допуска беременных и кормящих грудью к работам по валке, рубке и пилке леса, по переноске толстоственных бревен, по сплавлению бревен, по хватке и сьемке плотов на воде.

В интересах обеспечения возможности кормления грудного ребенка материнским молоком статьей 134 КЗОТ установлены сверх обычного обеденного перерыва, имеющего место в данном учреждении или предприятии, для матерей, кормящих грудью, дополнительные перерывы для кормления ребенка, засчитываемые в счет рабочего времени. Точные сроки перерывов устанавливаются в каждом предприятии и учреждении действующими в нем правилами внутреннего распорядка, причем эти перерывы на кормление должны предоставляться не реже, чем каждые 3½ часа и продолжительностью не менее 30 минут. Эта льгота дает возможность кормящей матери удлинить обеденный перерыв на полчаса или даже на час, использовав сразу оба причитающихся ей полчаса; в течение такого срока она может побывать дома и накормить ребенка. В случае невозможности за дальностью расстояния или по другим причинам использовать перерыв на кормление ребенка работница может быть допущена к работе, так как перерыв установлен в интересах ребенка, и если мать не в состоянии использовать перерыв для кормления ребенка, нет никаких оснований не допускать ее к работе. Но в этих случаях работа подлежит дополнительной особой оплате в ординарном размере. Во избежание злоупотребления этой льготой в погоне за повышением заработка желательно, чтобы во всех подобных случаях факт невозможности использовать перерыв подтверждался фабричным (местным) или общественным инспектором труда, если он имеется в данном предприятии. Законом не установлен срок, в течение которого матери предоставляется перерыв на кормление ребенка. Обычный срок—9 месяцев. Но в тех случаях, когда необходимость кормления ребенка удостоверена консультацией по охране материнства и младенчества, а в случае ее отсутствия другим лечебно-санитарным учреждением (участковый врач, амбулатория и т. п.), перерывы для кормления должны предоставляться и после 9 месяцев—до фактического срока окончания кормления грудью.

Перерывы для кормления предоставляются и матерям, работающим в промыслово-кооперативных и трудовых артелях в качестве их членов, а также отбывающим исправительно-трудовые работы без содержания под стражей.

2. Специальные гарантии по Кодексу законов о труде для беременных и матерей

Гарантией для работников наемного труда в узком смысле слова называется возложение в определенных случаях на нанимателя обязательств по сохранению за работником заработка и места за время, в течение которого работник не работал, по обеспечению для работника определенных привилегированных условий в отношении его увольнения, перемещения и т. д.

Основной гарантией для беременных и матерей является требование ст. 132 КЗОТ об отпуске по материнству с сохранением места и заработка,

что одновременно является и нормой, охраняющей труд и здоровье женщины.

Для беременных женщин и для одиноких матерей, имеющих на своем иждивении малолетних детей, установлены льготы при увольнении, а именно:

а) при сокращении штатов, при частичной ликвидации предприятия и в случае обнаружившейся непригодности к работе беременная женщина может быть уволена только с разрешения местного инспектора труда; б) такое же разрешение требуется и для увольнения одиноких женщин, имеющих детей до 1 года (6). Согласно разъяснению Верховного суда одиночками надо считать не только женщин, фактически одиноко живущих, но и тех женщин, которые живут не одиноко, но заработок которых является преимущественным источником средств на содержание малолетних детей до 1 года.

Согласно постановлению Наркомтруда СССР от 16/1 1931 г. «О порядке размещения на работу молодых специалистов» (7) беременные женщины, начиная с 5-го месяца беременности, и женщины, имеющие детей до 1 года, направляются на работу в городе, где находятся вуз и техникум, который они окончили. Однако по окончании этого льготного срока они могут быть сняты с работы и посланы на другую работу в отъезд на общих основаниях.

3. Жилищные льготы для беременных

Среди льгот, предоставляемых беременным по советским законам, имеются и льготы жилищные, а именно: согласно изданному Наркомздравом списку болезней, дающих право на дополнительную площадь (8), и в соответствии с постановлением ВЦИК и СНК РСФСР от 28/II 1930 г. (9) правом на дополнительную площадь в размере 10 м² пользуются беременные женщины за 2 месяца до родов и роженицы в течение 2 месяцев после родов. Дополнительная площадь беременным и роженицам, как всем прочим лицам, имеющим на это право, предоставляется: а) из фонда жилплощади в квартире, где проживает данное лицо, при условии удовлетворения жилплощадью по установленной норме всех жильцов квартиры; б) за счет жилплощади в других квартирах дома при условии, если все жильцы этого дома удовлетворены площадью по установленной норме. Удостоверение о праве беременной на дополнительную площадь выдается консультацией для беременных местного здравоохранения и регистрируется в местном органе коммунального хозяйства.

4. Специальные льготы для беременных в Уголовном кодексе

Исходя из наличия специфических условий психофизического состояния женщины в периоде беременности, в Уголовном кодексе РСФСР (ст. 48) в перечень обстоятельств, которые суд должен учесть как смягчающие при определении той или иной меры социальной защиты, включен пункт «если преступление совершено женщиной в состоянии беременности». Статьей 22 Уголовного кодекса РСФСР установлено, что не могут быть приговорены к расстрелу женщины, находящиеся в состоянии беременности. В тех случаях, когда по роду совершенного преступления к преступнику следовало бы применить высшую меру

социальной защиты, эта мера заменяется для беременных другой мерой социальной защиты (лишение свободы, ссылка и т. п.). Высшая мера социальной защиты не применяется к беременной вне зависимости от времени наступления беременности, т. е. имела ли она место в момент совершения преступления или наступила после его совершения. Совершенно аналогичные положения содержатся в уголовных кодексах—УССР (статьи 44 и 21) и прочих союзных республик.

5. Права жены и ребенка на алименты и на долю в общем имуществе

«Просвещение, культура, цивилизация, свобода—все эти пышные слова соединяются во всех капиталистических буржуазных, республиках мира с неслыханно подлыми, отвратительно грязными, зверски грубыми законами о неравенстве женщины, по законам о брачном праве и о разводе, о неравенстве внебрачного ребенка с «законорожденным», о привилегиях для мужчин, об унижении и оскорблении для женщины», писал В. И. Ленин в 1919 г. (10). Ярким образцом бесправного и униженного положения женщины является трактовка прав жены в томе X Свода законов б. Российской империи, где имелись такие положения: «жена обязана повиноваться мужу своему как главе семейства, пребывать к нему в любви, почтении и неограниченном послушании. При перемене местожительства мужем жена должна следовать за ним. Не могут наниматься жены без позволения мужей».

Октябрьская революция, сдавшая в архив истории всю старую помещичье-буржуазную Россию вместе с ее законами, принесла с собой полное и безоговорочное равноправие женщин. «Пол, раса, национальность, вероисповедание, происхождение не имеют никакого влияния на объем гражданской правоспособности»—гласит статья 4 действующего Гражданского кодекса РСФСР.

Ярким документом ликвидации униженного положения женщины является Кодекс законов об актах гражданского состояния, брачном, семейном и опекунском праве 1919 года, о котором В. И. Ленин сказал на Конференции московских работниц в 1919 г.:

«Правовое положение женщины в советской России теперь таково, что оно является идеальным с точки зрения самых передовых государств. Но мы говорим себе, что это только начало».

И действительно последовавшие за этой речью годы великого подъема Страны советов, годы социалистического строительства, открыли широчайшие перспективы для укрепления правового положения женщины. Сжатую характеристику современного правового положения женщины в республиках советов мы находим в постановлении третьей сессии ВЦИК XII созыва от 19/XI 1926 г. «О введении в действие кодекса законов о браке, семье и опеке», вступившем в силу с 1/I 1927 г. в отмену первого кодекса 1919 г. В этом постановлении сказано: «Кодекс имеет целью установление норм, регулирующих формы и порядок семейных и личных отношений граждан РСФСР, а также способствует укреплению нового быта, освобожденного от всяких влияний религии. Новый быт строится на следующих началах:

- а) полной свободы супружеских отношений мужчины и женщины, не стесненных никакими предрассудками и условностями;
- б) полного раскрепощения женщины от власти мужа, основанной на ее экономической зависимости, на религиозных обычаях и бытовых

условиях для действительного осуществления участия женщины в политической и общественной жизни страны;

в) на действительном кровном происхождении детей вне всякой зависимости от форм брака;

г) полной обеспеченности интересов матери и детей, а также супругов, нуждающихся во взаимной помощи;

д) равноправного положения супругов в имущественных отношениях, вытекающих из совместной трудовой деятельности».

Имущество, принадлежавшее супругам до вступления в брак, остается раздельным их имуществом, и каждый из супругов может распоряжаться своей долей по своему усмотрению. Имущество, нажитое в течение брака, считается общим имуществом супругов. Размер принадлежащей каждому супругу доли определяется в случае спора судом (ст. 10). Это положение касается и незарегистрированного брака.

Если муж имел самостоятельный заработок, а жена занималась домашним хозяйством, то нажитое во время совместного их проживания имущество считается общим. Нуждающийся нетрудоспособный, а также безработный трудоспособный супруг имеет право на получение содержания от другого супруга (жена от мужа и наоборот), если последний по признанию суда в состоянии оказывать ему поддержку (ст. 14). В случае прекращения брака это право продолжается 1 год, причем размер содержания при отсутствии соглашения определяется судом в пределах не свыше суммы пособия по безработице от соцстраха (ст. 15). В связи с ликвидацией безработицы Верховный суд разъяснил в марте 1931 г., что в случае возникновения дел о выплате содержания трудоспособному безработному супругу суд должен выяснить, искал ли последний работу, и присуждать пособие лишь в том случае, если будет установлено, что истцу не предоставлена работа. Если жена потеряла трудоспособность вследствие произведенного аборта или по другой причине, связанной с брачным сожителем, то она может возбудить иск о присуждении ей содержания и на более длительный срок, чем 1 год; при этом суд руководствуется статьями Гражданского кодекса о порядке возмещения вреда (11).

Матери предоставляется право в периоде беременности или после рождения ребенка подать заявление об отце ребенка в отдел записи актов гражданского состояния (ЗАГС) по своему местожительству, указывая имя, отчество, фамилию и местожительство лица, которого она считает отцом ребенка (ст. 28). ЗАГС извещает последнего о поступившем заявлении, причем графа «сведения об отце» заполняются по истечении месячного срока, независимо от того, поступит или не поступит возражение со стороны лица, заявленного в качестве отца ребенка. В случае, если до истечения месячного срока это лицо подаст возражение, ЗАГС обязан вторично уведомить его, что он все же записывается отцом ребенка, но ему предоставляется право добиться отмены этой записи в судебном порядке (16). Спор в суде против записи отцом ребенка возможен лишь в течение годичного срока (ст. 29). Если суд признает, что отцом ребенка является лицо, указанное в заявлении, он выносит об этом постановление и налагает на отца обязанность участвовать в расходах, связанных с беременностью, родами, с содержанием ребенка и матери ребенка в течение ее беременности и шестимесячного срока после родов (ст. 31). Наличие близких отношений с несколькими лицами не является основанием для отказа

в присуждении алиментов (ст. 32). При установлении связи женщины, подавшей иск о присуждении алиментов, с другими лицами кроме ответчика суд обязан привлечь этих лиц в качестве соответчиков и определить отца ребенка. Подача в ЗАГС заявления об отце ребенка в периоде беременности—это право матери, но не ее обязанность. Если она этого права не использовала, то она не потеряла права в дальнейшем после родов обратиться в суд с иском об установлении отцовства.

Родители обязаны доставлять содержание несовершеннолетним детям, а также достигшим совершеннолетия нетрудоспособным и нуждающимся (ст. 42). При отсутствии в случае развода родителей соглашения об алиментах вопрос разрешается судом по заявлению (иску) заинтересованной стороны. Иски об алиментах освобождены от всяких судебных сборов и пошлин и могут в отличие от прочих исков подаваться в суд по месту жительства не только ответчика, но и истца. В сельских местностях рассмотрение дел об алиментах в тех случаях, когда отцовство ответчиком не отрицается, передано сельским общественным судам; дела, связанные с установлением отцовства, и в сельских местностях подлежат рассмотрению в нарсуде.

Алименты на содержание детей должны выплачиваться до достижения ими 18-летнего возраста. Нахождение ребенка у матери, имеющей самостоятельный заработок, не освобождает отца от обязанности платить алименты. Размер алиментов устанавливается в зависимости от материального положения родителей. Исходя из конкретных обстоятельств дела, суд может полностью возложить содержание ребенка на одного из родителей с полным освобождением от этой обязанности второго родителя.

Если ответчик состоит членом колхоза, то взыскание обращается на личное его имущество и только в том случае, когда последнего не хватает,—на следующую ему долю в общем доходе колхоза. Обращение взыскания алиментов на обобщественное имущество колхоза не допускается.

Решение суда о присуждении алиментов подлежит немедленному исполнению. Судебные исполнители должны эти решения приводить в исполнение вне всякой очереди. По исполнительному листу на уплату алиментов можно удерживать из зарплаты до 50% (за вычетом минимума заработной платы, установленного для данной местности). Исполнительный лист на алименты, подлежащие взысканию с рабочих, служащих и членов артелей, передается судебным исполнителем в учреждение или предприятие, где ответчик получает зарплату, и там производится удержание соответствующей суммы, передаваемой лицу, на имя которого выдан исполнительный лист (матери ребенка и т. п.). В случае перехода плательщика алиментов на другую работу исполнительный лист пересылается учреждением или предприятием, откуда он перешел, на его новое место работы. Квартплата с лиц, получающих алименты и не имеющих других источников дохода, определяется в зависимости от размеров получаемых алиментов.

Ответственность за неплатеж алиментов

Злостное, несмотря на имеющуюся к тому возможность, уклонение от платежа присужденных судом средств на содержание детей влечет за собой исправительно-трудовые работы на срок до 6 мес. или штраф

до 300 руб. (ст. 158 Уг. кодекса РСФСР). Под злостным неплатежом следует понимать умышленное сокрытие своего адреса, места занятий, источников дохода, имущества и т. п. с целью уклониться от платежа алиментов.

В докладе Наркомюста на 2-й сессии ВЦИК XI созыва 14/X 1924 г., когда решался вопрос о дополнении Уголовного кодекса специальной статьей, предусматривающей уголовную ответственность за злостный неплатеж алиментов, указывалось, что применение уголовной репрессии против неплательщиков алиментов диктуется окружающей нас бытовой обстановкой и в частности детской беспризорностью. В настоящее время детская беспризорность ликвидирована; бытовая обстановка на фоне решающих успехов социалистического строительства значительно улучшилась; однако целесообразность применения уголовной репрессии к злостным неплательщикам не потеряла своей актуальности. На практике уклонения от платежа алиментов со стороны отцов далеко не редкость, и в необходимых случаях суд должен иметь возможность применить в отношении виновных меры уголовной репрессии.

6. Оставление без помощи жены или детей и осуществление родительских прав

Статья 156 Уголовного кодекса РСФСР (аналогичные статьи содержатся и в УК других союзных республик) предусматривает меру социальной защиты в виде исправительно-принудительных работ на срок до шести месяцев или штрафа до трехсот рублей за «заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни состоянии, лишенного возможности принять меры самосохранения по малолетству, дряхлости, болезни или вообще вследствие своей беспомощности в случаях, если оставивший без помощи обязан был иметь заботу об оставленном или имел возможность оказать помощь».

Согласно разъяснению Верховного суда РСФСР (12) подкидывание детей, в том числе и на территории детских домов, является действием, подлежащим квалификации по ст. 156 УК. Циркуляром Наркомюста и Наркомздрава «О борьбе с подкидыванием детей» от 4/II 1927 г. (13) предложено судам усилить меры репрессии в пределах ст. 156 УК за подкидывание и в приговорах отмечать о лишении родителей прав и о передаче детей на попечение органам опеки с возложением на родителей расходов по их содержанию. Под действие статьи 156 УК подходит также неоказание матерью необходимого ухода и помощи новорожденному ребенку и оставление его из ложного стыда или по другим причинам без внимания, в результате чего последовала смерть ребенка от удушья и перерезанной пуповины.

156 статья УК применима и в отношении мужа, оставившего жену без помощи в момент родов.

Родительские права осуществляются исключительно в интересах детей, и при неправильном их осуществлении суд может лишить родителей их прав (ст. 33). Все мероприятия в отношении детей принимаются при участии родителей местным отделом народного образования, которому присвоены права по опеке и попечительству над несовершеннолетними (ст. 39). Если родители не живут вместе, то от их согласия зависит, при ком должны проживать несовершеннолетние дети. При отсутствии соглашения вопрос разрешается народным судом по заявлению одного

из родителей (ст. 40). Нарсуд при разрешении подобных споров должен учесть, где гарантируется детям более благоприятная обстановка по их воспитанию и подготовке к общественно-полезной деятельности.

Родители и другие лица, имеющие детей на своем иждивении, обязаны посылать их в школу первой ступени. В злостных случаях непосылки детей в школу (эксплоатация труда ребенка) суд может лишить родителей прав, отобрать у них ребенка и передать его органу опеки, присудив с родителей сумму, необходимую на содержание ребенка.

7. Права жены и детей на наследство

Наследственное право в советском законодательстве составляет специальную главу Гражданского кодекса (по ГК РСФСР—статьи 416—435 вкл.). Переживший супруг и дети умершего (а также внуки и правнуки) являются наследниками по закону. Однако владелец имущества может при жизни оставить завещание, для действительности которого обязательно нотариальное засвидетельствование, о лишении кого-либо из наследников по закону его доли имущества с передачей этой доли государству или организациям—партийным, профессиональным, кооперативным и т. д. Однако завещатель не вправе лишить наследства тех наследников по закону (дети, внуки), которым к моменту смерти завещателя не исполнилось 18 лет. Наследниками по закону являются не только дети, находящиеся в живых в момент смерти отца (матери), но также дети (или внуки), зачатые при его жизни и родившиеся после его смерти. Доля народившегося к моменту открытия наследства наследника может быть истребована законным представителем новорожденного (отец, мать, опекун) в течение трех месяцев по его рождению. Если в течение шести месяцев со дня открытия наследства наследник его не принял, а также в случаях отказа наследников от наследства имущество считается выморочным и поступает в распоряжение государства.

8. Юридические консультации по охране материнства и младенчества

С целью систематического оказания юридической помощи нуждающимся в ней матерям и беременным по вопросам установления отцовства, взыскания алиментов, трудовым, жилищным и т. д. при консультациях для беременных и грудных детей, а там, где имеется диспансерное объединение,—при отделении последнего по охране материнства и младенчества организуется социально-правовой кабинет, задачей которого является бесплатное оказание юридической помощи беременным, матерям и детям. Функции и порядок деятельности социально-правового кабинета изложены в циркуляре Наркомздрава РСФСР № 226 от 3/VIII 1933 г. (15). Они заключаются в основном в нижеследующем: а) юридические и бытовые устные советы; б) разъяснение и популяризация советского законодательства по вопросам брачного и семейного права; в) составление заявлений в суды и в другие учреждения; г) защита интересов беременных, матерей и детей на суде; д) содействие в реализации судебных решений. Медицинские работники, работающие в области охраны материнства и младенчества, должны поддерживать связь с социально-правовым кабинетом, своевременно направляя туда матерей и беременных, нуждающихся в правовой помощи.

Литература

1. Постановление Наркомюста РСФСР от 29/VIII 1928 г.; опубликовано в Известиях Наркомтруда СССР № 40—41, 1928 г.—2. Опубликовано в Известиях Наркомтруда СССР и РСФСР № 8, 1926 г.; помещено также в виде приложения в специальной форме в расчетных книжках для домашних работниц.—3. Опубликовано в Известиях Наркомтруда СССР и РСФСР № 25, 1932 г.—4. Опубликовано в Собрании законов СССР № 46, ст. 402, 1929 г.—5. Опубликовано там же, № 62, ст. 627, 1927 г.—6. Постановление Наркомтруда СССР от 13/VI 1925 г.; опубликовано в Известиях Наркомтруда СССР и РСФСР № 33, 1925 г.—7. Опубликовано в Известиях Наркомтруда № 3, 1931 г.—8. Список опубликован в журнале «Вопросы здравоохранения» № 2, 1928 г.—9. Опубликовано в Собрании узаконений РСФСР № 14, ст. 181, 1930 г.—10. Статья «Советская власть и положение женщины», Ленин и н. Собр. сочинений, том XXVI.—11. Глава XIII Гражданского кодекса РСФСР, статьи 403—415 вкл.—12. Разъяснение пленума Верховного суда РСФСР от 16/V 1927 г.; опубликовано в журнале «Судебная практика РСФСР» № 10, 1927 г.—13. Опубликован в Бюллетене Наркомздрава № 4, 1927 г. и в сборнике «Законодательство по здравоохранению», вып. II, стр. 517, Госмедиздат, Москва, 1930 г.—«На фронте здравоохранения», офиц. отдел, № 20, 1933 г.—165. Инструкция о порядке регистрации актов рождения. Пост. ВЦИК от 20/III 1933 г. Опубликовано в Собр. узак., № 22, ст. 74, 1933 г.

РОДИЛЬНЫЙ ДОМ, ЕГО ОРГАНИЗАЦИЯ И СТРУКТУРА

А. Близнянская (Москва)

Постановка работы в родильном доме должна быть такова, чтобы роды давали наименьший процент заболеваемости, и женщина скорее возвращалась на завод, фабрику, колхоз; такая медицинская работа будет настоящим поворотом «лицом к производству».

Вот почему учащемуся—будущему врачу акушеру-гинекологу—необходимо изучить во всех деталях постановку работы в родильном доме как в лечебно-профилактическом, так и в административно-хозяйственном отношениях. Каждый врач должен знать структуру родильного дома и его отделений, санитарный минимум помещения, внутренний распорядок работы, систему руководства работой и пр.

Родильный дом должен находиться на площади, засаженной по возможности деревьями с таким расчетом, чтобы здание было отделено от улицы палисадником шириной не менее 15—20 м. При проектировании роддома необходимо учесть наиболее целесообразное соотношение его отдельных частей и соответствующее расположение отдельных частей по странам света (палаты, не исключая родильной,—на солнечной стороне—юг, восток и запад, операционная—на северный горизонт, кухня также и т. д.).

При распределении помещений по этажам приняты следующие положения:

1. В первом этаже размещаются:

а) Весь родильный сектор для рожениц с нормальной температурой, начиная от приемной и кончая операционной; сектор этот должен иметь достаточную обособленность от остальных элементов 1-го этажа;

б) полностью все сомнительное отделение, число коек которого составляет 15—20% общего количества коек; сомнительное отделение изолировано, но для врачебного персонала и для возможности перевода больной в случае надобности из нормального в сомнительное отделение имеется и внутреннее сообщение;

в) посетительская, сообщающаяся с выписной комнатой, имеет свой отдельный ход с улицы; посетительская вообще изолируется от всех остальных помещений;

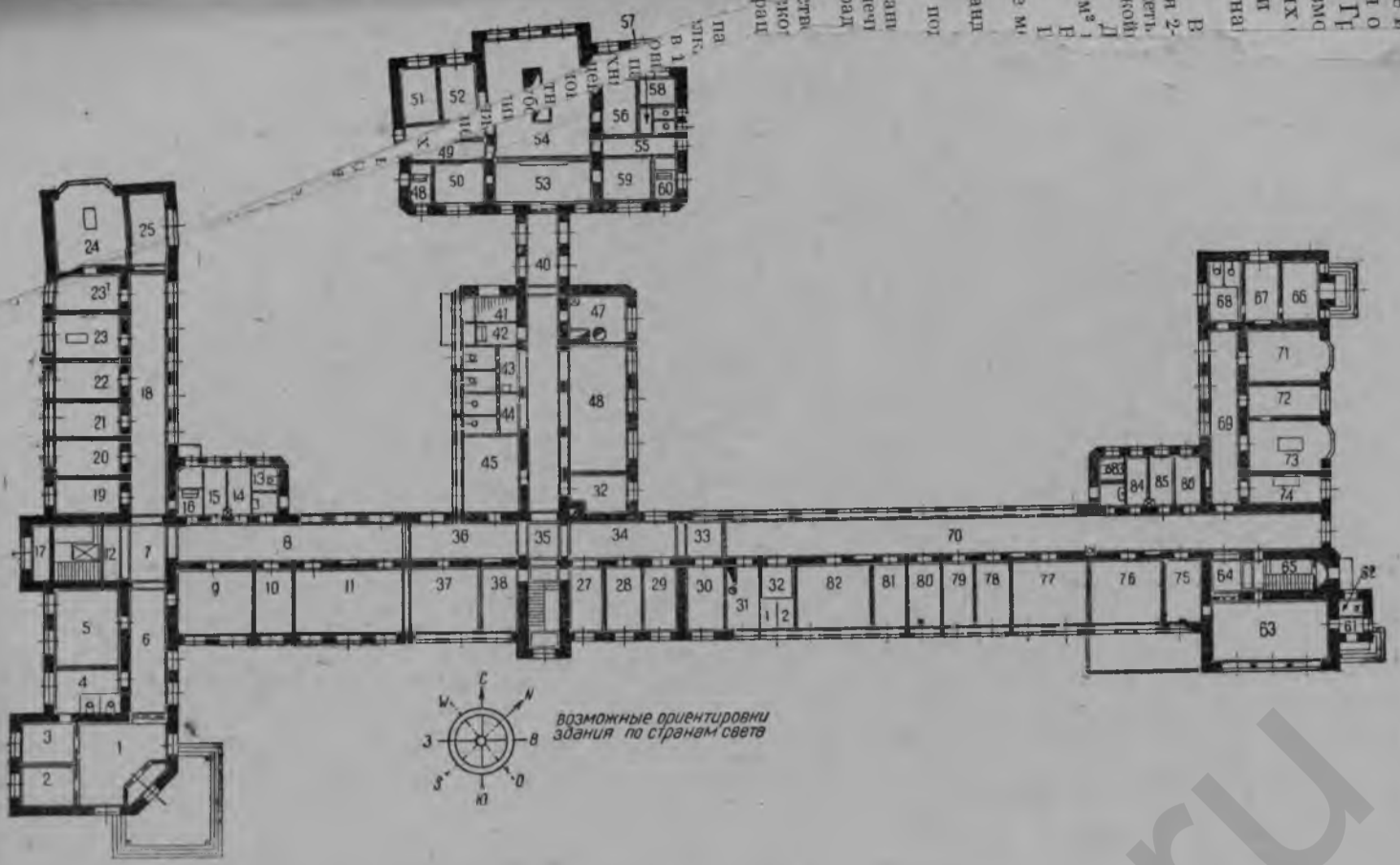
г) административно-хозяйственная часть: заведующий хозяйством, контора, бельевая чистая, кухня и пр.;

д) гардероб, халатная, души, уборные; для распределения персонала и учащихся по этажам, а также для распределения белья, инвентаря и пр. имеется специальная центральная лестница.

2. Во 2-м и 3-м этажах находятся нормальное послеродовое отделение и детское отделение; сюда поступают женщины и дети после родов (по лифту или лестнице). Детское отделение помещается посредине; послеродовые палаты—по концам для большего удобства подачи детей матерям для кормления.

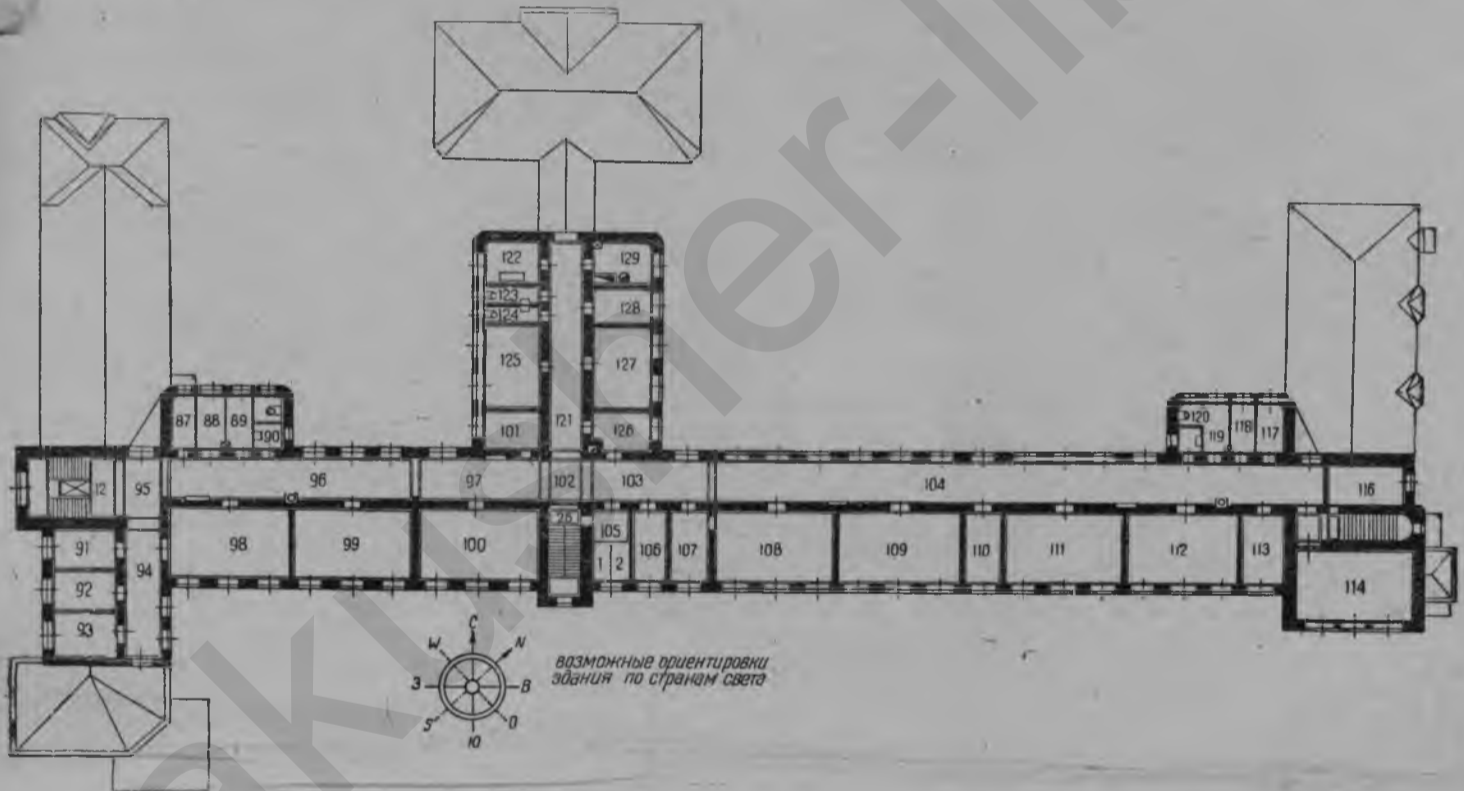
Над служебным крылом во 2-м и 3-м этажах располагаются необходимые общие помещения: лаборатория, музей, врачебно-совещательная комната, аудитория и дежурная для учащихся.

При проектировании роддома соблюдаются конечно все установленные больничные нормы, но кроме того во всем проектировании, устрой-



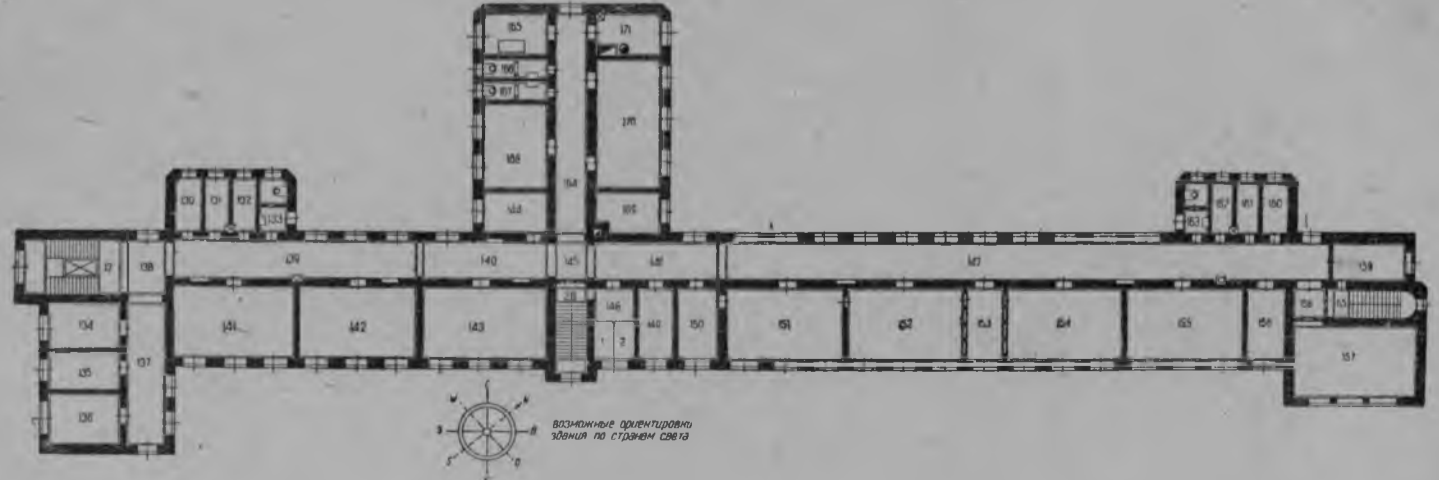
614. План родильного дома на 100 коек. План I этажа.

1—вестибюль; 2—приемная; 3—смотровая; 4—душевая; 5—предродовая палата; 6—коридор; 7—площадка; 8—коридор; 9—родильная; 10—детская туалетная; 11—родильная; 12—лестница; 13—уборная; 14—грязная бельевая; 15—комната для мытья клеенок; 16—ванная; 17—служительская; 18—коридор; 19—комната дежурного врача; 20—послеоперационная палата; 21—22—палаты для экламптических; 23—стерилизационная; 23¹—малая операционная; 24—операционная; 25—предоперационная; 27—вестибюль; 28—канцелярия; 29—кабинет главного врача; 30—аптека; 31—буфет; 32—изолятор; 33—площадка; 34—коридор; 35—площадка; 36—коридор; 37—чистая бельевая; 38—красный уголок; 40—коридор; 41—ход в котельную; 42—хозяйственный ход; 43—уборные; 44—душ; 45—комната персонала; 46—гардероб персонала; 47—буфет; 48—моечная; 49—проход; 50—моечная; 51—грязная заготовительная; 52—чистая заготовительная; 53—разборочная; 54—кухня-варочная; 55—проход; 56—кладовая; 57—уборная; 58—комната персонала; 59—гард-мажик; 60—проход; 61—ход в посетительскую; 62—уборная; 63—посетительская; 64—запасный выход; 66—вестибюль; 67—смотровая; 68—душевая; 69—коридор; 70—коридор; 71—родильная; 72—материальная; 73—операционная; 74—ванная; 75—выпускник; 76—77—78—80—81—женские палаты; 82—детская палата; 83—уборная; 84—грязная бельевая; 85—комната для мытья клеенок; 86—служебное помещение.



615. План родильного дома на 100 коек. План II этажа.

12—26—лестница; 87—служебное помещение; 88—комната для мытья клеенок; 89—грязная бельевая; 90—уборная; 91—92—93—палаты для больных с осложненной беременностью; 95—96—97—коридор; 98—99—100—женские палаты; 101—процедурная; 102—площадка; 103—104—коридор; 105—изолятор; 106—инкубатор; 107—пеленальная; 108—109—детские палаты; 110—пеленальная; 111—детская палата; 112—113—114—женские палаты; 116—выпускник; 117—служебное помещение; 118—комната для мытья клеенок; 119—грязная бельевая; 120—уборная; 121—коридор; 122—ванная; 123—124—уборные; 125—музей; 126—127—лаборатория; 128—хозяйственные помещения; 129—буфетная.



616. План родильного дома на 100 коек. План III этажа.

12—26—лестница; 65—запасный выход; 130—служебное помещение; 131—комната для мытья клеенок; 132—грязная бельевая; 133—уборная; 134—135—136—палаты для больных с осложненной беременностью; 137—коридор; 138—площадка; 139—140—коридор; 141—142—143—женские палаты; 144—процедурная; 145—площадка; 146—147—коридор; 148—изоляторы; 149—инкубатор; 150—пеленальная; 151—152—детские палаты; 153—пеленальная; 154—детская палата; 155—уборная; 156—женские палаты; 158—площадка; 159—выпускник; 160—служебное помещение; 161—комната для мытья клеенок; 162—грязная бельевая; 163—уборная; 164—коридор; 165—ванная; 166—167—уборные; 168—комната врачей; 169—дежурная для учащихся; 170—аудитория.

стве и отделке должен быть строго соблюден принцип охраны учреждения от возможности внутренней и внешней инфекции.

Графики передвижений женщин, детей и персонала должны быть возможно рационализированы самим устройством роддома. Во всех этих отношениях не следует бояться лишних расходов по строительству при условии достижения наибольшего эффекта для обслуживаемых и наиболее экономной эксплуатации.

В послеродовом отделении¹ площадь на 1 койку должна быть 7,00—7,50 м²; для 2-кочных палат 8,00,—0,50 м² и для 1-кочных—10,50 м². Родильная должна иметь по 15 м² на 1 койку или при 1 койке не менее 25 м². Палата для эклампсии на 1 койку должна иметь площадь по 15—16 м² с выделением тамбура и слива.

Детские палаты (90—100% числа женских коек) должны иметь площадь по 3 м² на 1 койку.

Высота помещений—3,5 м.

Ширина главных коридоров для удобного поворачивания каталок должна быть не менее 2,80 м.

Для гинекологических больных и осложненных беременных желательны веранды (3,50—4,00 на 1 койку).

Отопление предусмотрено центральное водяное резкого давления с котельной в подвальном этаже.

Топки котлов отопления и горячего водоснабжения могут служить и для сжигания последов, или же для этой цели в подвале может быть установлена особая печь, как показано на проекте. Приборами отопления должны служить гладкие радиаторы, устанавливаемые под окнами в оконных впадинах без подоконников.

В операционной желательны устройство отопления в самых стенах при посредстве паровых труб. Температура в палатах должна поддерживаться до 18°; в детском отделении 20°; в палате для недоносков 25°; в ванно-душевых 25°; в операционной 25°; в предоперационной 22°; в аудитории 16°; в коридорах 16.

Вентиляция должна быть приточная и вытяжная. В послеродовом отделении в палатах устраивается приток неподогретого наружного воздуха с рассеиванием мелкими струйками под потолком, исходя из нормы 30 м³ свежего воздуха на 1 койку в 1 час. Такой же приток дается и в остальных помещениях, исходя из нормы от половины до однократного обмена в час кроме нижеследующих помещений: детские палаты, операционная и предоперационная, стерилизационная, ванно-душевые и кухня; в этих помещениях дается приток воздуха, подогретого до температуры помещений с обменами: в операционной—двукратный, в предоперационной и стерилизационной—однократный, в детских палатах—однократный, в ванно-душевых—двукратный и в кухне—пятикратный в 1 час.

В уборных специального притока не дается из расчета на приток из соседних помещений.

Вытяжная вентиляция делается из всех помещений с тепловым и механическим побуждением, чем обеспечивается нормальное функционирование приточной вентиляции.

В таких помещениях, как ванно-душевые и кухня, вытяжка должна превалировать над притоком.

Камеры вытяжной вентиляции располагаются на чердаке; камеры для теплового притока в виде шкафов располагаются в соответствующих помещениях.

Во всех женских палатах должны быть умывальники с холодной и горячей водой.

Нормы освещения: для палат—1 : 5—1 : 6 (отношение площади окон к площади пола помещения); для лаборатории—1 : 5; для операционных—1 : 5—1 : 4, для равных обслуживаемых помещений—1 : 6—1 : 7.

Желательна скрытая проводка электросети по гигиеническим соображениям, а также для лучшего сохранения проводки и ремонта. Сигнализация должна быть звонковая и световая.

Ввиду того, что на чердаке располагается разводящая сеть центрального отопления, электропроводка, вытяжные камеры и что все это требует наблюдения, регулирования, ремонта и т. д., необходимо удобное сообщение с чердаком при посредстве внутренних лестниц.

¹ Техническое описание и проект типового роддома любезно предоставлены инж. Полтавцевым.—А. Б.

Все оконные переплеты, двери и столлярные перегородки должны быть устроены гладко с простой профилевкой во избежание накопления пыли (рис. 614, 615, 616).

Кубатура здания роддома на 100 коек (женских) получается—20 000—22 000 м³. При лимите 1932 г.—35 руб. за 1 м³ общей площади—стоимость такого дома получается 700 000—820 000 руб.

Принимая детские койки за половину женских (100+50=150) и деля выше-названную сумму на 150, получим: кубатуру на 1 койку 133—146 м³; стоимость 1 койки—4 666—5 466 руб.

Площадь, на которой расположен родильный дом должна содержаться в чистоте, ежедневно подметаться, а в летнее время года поливаться водой. Мусорный ящик должен быть достаточно удален от роддома и плотно закрываться крышкой. Окна должны быть снабжены фрамугами, а для защиты от мух—сетками. Все палаты и подсобные помещения в родильном доме должны проветриваться несколько раз в день во все времена года.

Родильный дом имеет следующие отделения: 1) нормальное акушерское отделение с палатой для женщины с осложненной беременностью; 2) отделение для гинекологических больных; 3) так называемое сомнительное отделение и 4) детское отделение.

В нормальное акушерское отделение принимаются роженицы только с нормальной температурой.

В смотровой (специально оборудованная комната для осмотра принимаемых рожениц) женщина подробно исследуется врачом и, если она в родах,—принимается. Как правило производится анализ мочи на белок, часто берутся мазки из влагалища для определения степени чистоты влагалища.

Носильные вещи уносятся провожатыми или же после подробной переписи сдаются в особое хранилище (гардеробная)—по возможности через дезкамеру.

У поступающих производится опорожнение кишечника (клизма) (за исключением случаев, когда головка опустилась на тазовое дно), стрижка ногтей на руках и ногах, бритье волос на половых частях, мытье всего тела под душем теплой водой (в душевой комнате) с обращением особого внимания на руки. В случае нахождения паразитов в волосах голова моется сабадиловым раствором и обматывается косынкой.

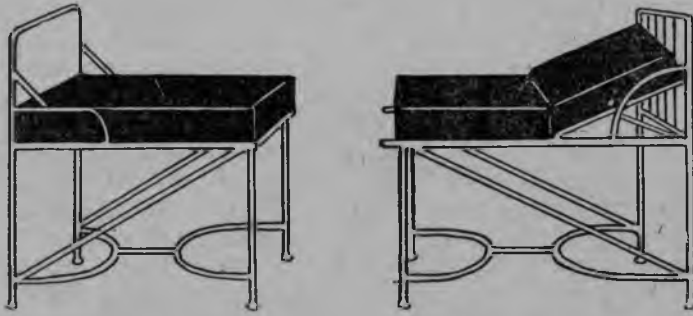
Скамейка в смотровой, на которой производится исследование поступающих, должна быть покрыта клеенкой, которая после каждой женщины протирается дезинфицирующим раствором. На клеенку кладется при каждом осмотре чистая пеленка.

Внесение в смотровой журнал и в алфавит каждой принимаемой производится смотровой акушеркой, она же вносит в журнал и выписывающихся женщин. Лист по родовспоможению заполняется частично смотровой акушеркой, результат же медицинского исследования и анамнез записывает врач. Тут же в смотровой акушерка у каждой роженицы на груди пишет дермографом номер листа по родовспоможению. Это—крайне необходимая мера во избежание обмена ребенка после родов.

С листом по родовспоможению, заполненным и подписанным как акушеркой, так и дежурным врачом, роженица направляется в предродильную или в случае, когда допускается возможность скорых родов, прямо в родильную.

Предродильная необходима для изоляции женщин с только что начавшейся родовой деятельностью от женщин, уже рожавших.

В предродильной лежат женщины с преждевременно отошедшими водами, со слабой родовой деятельностью. Они находятся под наблюде-



617. Рахмановская раздвижная родильная кровать.

нием специальной акушерки, которая внимательно следит за роженицей, за ее температурой, пульсом, за состоянием кишечника и мочевого пузыря, за изменением родовой деятельности, а также за сердцебиением плода, обо всем докладывая врачу. В родильном доме на 150 коек мы имеем предродильную на 8—10 коек.

Как смотровая, так и предродильная снабжены умывальниками с проведенной холодной и горячей водой; пол плиточный, хотя в последние годы замечается поворот от устройства плиточных полов в операционных и родильных комнатах и замена плиток хорошего качества линолеумом или пластической массой (Лейпцигская акушерско-гинекологическая клиника). В маленьком районном роддоме, в приемном покое в колхозе, где нет водоканализации, необходимо устройство артезианского колодца.

Кровати в предродильной обычные, палатного типа, каждая кровать, так же, как клеенка, после перевода женщины в родильную обмывается теплой водой и дезинфицирующим раствором.

Матрацы, подушки и одеяла проветриваются на воздухе.

Каждая поступающая роженица получает индивидуальное стерилизованное судно. Мытье суден должно производиться после каждого употребления. Стерилизация—кипячением (где это возможно)—после выписки женщины. Каждая кровать снабжена специальным приспособлением для судна; где приспособления нет, судно может быть поставлено на специальную низенькую скамеечку.

При усилении родовой деятельности женщина за час или два до родов переводится в родильную. Родильная должна иметь большие окна, пол должен быть плиточный или в крайнем случае покрыт линолеумом. В родильную должна быть проведена холодная и горячая вода. Стены и потолок в родильной должны быть окрашены масляной краской и по возможности покрыты эмалью; посреди плиточного пола—трап. Стены и потолок обмываются из брандспойта. На стене должны быть часы (для записи времени родов, отхождения последа и т. д.). В родильной находятся специальные кровати (типа Рахманова, рис. 617), высокие, выдвигаемые с твердыми клеенчатыми матрацами, приспособленные для родов и защиты промежности. В родильной абсолютная чистота. Весь персонал в чистых, моющихся платьях, в чистых халатах, акушерка поверх халата надевает клеенчатый фартук. При родах обязательно присутствие врача.

Каждая кровать, каждый матрац, каждая клеенка в родильной после перевода родильницы в палату обязательно моются горячей водой и дезинфицирующим раствором. Для мытья клеенок должно быть особое помещение, специально приспособленное, со стойками для сушки клеенок.

Акушерка, няня, врач ни в коем случае не допускаются к работе, если на руках или на лице у них имеются нарывы (асне, hordeolum). Рядом с родильной находится так называемая туалетная—это комната для оживления новорожденного и для первого его туалета.

Необходимо тут же указать на те мероприятия, которые применяются в родильной во избежание обмена новорожденных:

1) сейчас же после рождения ребенка и перерезки пуповины ребенок, неумытый и неодетый, показывается матери с указанием пола ребенка;

2) обмыв ребенка, акушерка записывает на груди его номер листа по родовспоможению, тождественный с номером матери (так называемый «1-й паспорт»);

3) на обе ручки надеваются браслетики (из клеенки), на которых акушерка пишет фамилию, имя и отчество матери, пол ребенка и номер листа по родовспоможению;

4) по окончании детского туалета надевается медальон с теми же обозначениями, и ребенок снова показывается матери;

5) при переводе женщины из родильной в палату детская сестра забирает ребенка, предварительно разворачивая пеленки и сверяя номер на груди матери и ребенка с номером листа по родовспоможению и с номером листа развития ребенка, а также сверяет фамилию, имя и отчество матери и пол ребенка;

6) тут же детская сестра расписывается в листе развития ребенка в получении последнего.

Каждый день при обходе и осмотре новорожденного детский врач контролирует все записи.

При выписке детская сестра, пеленая ребенка в принесенное белье, предварительно показывает его матери. Тут же детская сестра расписывается в сдаче «мальчика» или «девочки».

Такая предельная четкость в записях и контроле особенно необходима при большом количестве рождений (до 30 родов в сутки) и гарантирует безусловную невозможность обмена детей, происходящего иногда в тех родильных домах, где нет такой четкости в работе.

Еще один момент в обработке ребенка необходимо подчеркнуть: при применении профилактики гонореи глаз по Креде капли раствора ляписа (1—2%) впускаются в глаза сейчас же по рождении до перерезки пуповины.

Все акушерские операции производятся в специальной операционной. Ни одна операция, даже самая мелкая, не должна производиться в родильной.

После отхождения последа при нормальном течении послеродового периода родильница остается еще 2 часа под наблюдением в родильной, а затем переводится в послеродовое отделение.

Последы сжигаются в печке, которая может быть приспособлена для этой цели при котле для подачи горячей воды. Такая печь может быть устроена в любом маленьком роддоме в районе или на участке. В Москве последы забирает организация по птицеводству—последы су-

шатся, превращаются в порошок, который употребляется для корма птиц (увеличивает носку яиц).

В коридоре, в стене, находится слив, закрывающийся дверями в виде шкафа. Как слив, так и унитазы во всем родильном доме должны тщательно мыться и ежедневно дезинфицироваться. В коридорах всех отделений находятся стенные шкафы для хранения белья, инструментов и пр.

Для хранения грязного белья надо иметь отдельное помещение. Грязное белье необходимо хранить до сдачи в особых ящиках, лакированных снаружи и внутри. Они должны ежедневно очищаться и дезинфицироваться. Там, где имеются шахты, последние дезинфицируются.

В каждом родильном доме должна быть выделена палата для экламптичек; она расположена в наиболее обеспеченном от шума конце коридора; стены и потолок ее должны быть окрашены в темный цвет, предпочтительно синий, окно затемнено спускающейся шторой, пол должен быть покрыт линолеумом (для глушения шагов). Температура во всех помещениях должна быть не ниже 20°. Вытирание дверей, окон, панелей и всех находящихся в помещениях предметов должно производиться влажным способом.

Двери во всем родильном секторе двойные для соблюдения тишины.

Ведение листов по родовспоможению до родов и после родов, до перевода родильницы в послеродовое отделение, лежит на обязанности дежурного врача. Записи должны быть четкие, подробные, особое внимание обращается на запись операций, подробное их описание с приведением показаний.

Дежурный врач несет дежурство по всему роддому в течение 12 или 24 часов. Работа дежурного врача во время дежурства крайне напряженная, интенсивная по нагрузке, многогранная в отношении не только медицинских обязанностей, но и административно-хозяйственных, так как он является заместителем главного врача в его отсутствие.

Сплошь и рядом дежурному врачу приходится крайне трудно, когда от него требуется медицинская помощь одновременно в 2 отделениях. К тому же целый ряд различных административных обязанностей, неразрывно связанных с работой по дежурству, отвлекает его внимание от непосредственной работы у постели больной: вызовы в посетительскую к мужьям и родственниками рожениц и родильниц, замена не вышедшего на работу сотрудника другим. Дежурный врач большого родильного дома (от 90 до 100 коек) обязательно должен иметь помощника, который разгружал бы его от разного рода технической работы, а именно: предварительного осмотра прибывающих рожениц, записи в листы по родовспоможению, собирания анамнезов, иногда объяснений с посетителями.

Послеродовые палаты расположены в одном этаже с нормальным детским отделением. Кровати высокие—69—70 см высоты с приспособлением для суден. Матрацы обшиты или покрыты во всю длину и ширину клеенкой, которая должна контролироваться и сниматься в случае порчи. Кровати и клеенки после выписки родильницы моются горячей водой и дезинфицирующим раствором. Матрацы, подушки и одеяла проветриваются на воздухе. Ежедневно утром родильницы должны умываться, причесываться и чистить зубы. Перед кормлением ребенка родильница должна мыть руки; воду подает санитарка детского отделения. Смена белья производится по мере загрязнения. Подстилки

в первые 3 дня меняются не меньше 2 раз в день, а в дальнейшем по мере надобности. При переходе родильницы из нормального отделения в сомнительное матрац, подушки и одеяла сдаются в дезинфекцию.

В нормальном послеродовом отделении есть специальная буфетная. Посуда в буфетной должна содержаться в закрытых шкафах, после употребления тщательно мыться горячей водой. Ложки и вилки должны кипятиться. Баки для переноски пищи должны быть снабжены крышками и ежедневно чиститься. Пища должна подаваться в горячем виде. Продукты (фрукты, конфеты), передаваемые родильницам, находящимся в палатах, должны храниться в нумерованных закрытых коробках, которые подаются к завтраку, обеду и ужину, а остальное время хранятся в шкафу. Передача продуктов женщинам, находящимся в родильной, не разрешается.

Комната для выписки родильниц сообщается отдельным ходом с улицей. Она снабжена выставкой по уходу за ребенком, стенными картинками и некоторыми другими санитарно-просветительными пособиями; тут же на стене висит план районных консультаций (в крупных центрах). Родильнице разъясняют, в какую консультацию ей надлежит обращаться.

Для мытья и сушки клеенок имеется в послеродовом отделении так называемая моечная клеенок, в которой должна быть установлена наклонная мраморная или каменная доска (ни в коем случае не деревянная) с желобом под ней (спуск грязной воды) и дырчатыми трубками над ней. Такое устройство моечной дает возможность санитарке, не нагибаясь, прекрасно обмыть клеенку, причем имеющийся сток избавит ее от необходимости последующей уборки. Таким образом достигается максимальная эффективность труда с соблюдением всех медико-гигиенических требований.

Дети из детского отделения на особых каталках привозятся в палаты. Детская сестра обтирает перед кормлением грудь матери стерилизованной ватой, смоченной в борном растворе или кипяченой воде.

Палата для женщин с осложненной беременностью должна находиться в послеродовом отделении каждого родильного дома, так как стационарное наблюдение и лечение патологической беременности ведут к профилактике послеродовых заболеваний и к уменьшению послеродовой смертности. Беременные с повышенным кровяным давлением (максимум 150 мм по RR), заболеванием почек, гестозами, с неукротимой рвотой и пр. подлежат стационарному лечению. В большом родильном доме (на 90—100 коек) должен быть терапевт-консультант для лечения заболеваний, которые имеют место во время и после родов (грипп, ангина, заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, почек и пр.). Особенно необходим терапевт для палаты беременных.

В гинекологическое отделение принимаются так называемые «чистые» оперативные гинекологические больные. Ни раковая больная ни больная с гнойным воспалением придатков не подлежат как правило приему в гинекологическое отделение, если оно находится в одном коридоре с родильной комнатой.

Анализы у гинекологических больных производятся на ходу за один-два дня до приема в стационар для укорочения пребывания больной в роддоме, чем достигается увеличение оборачиваемости койки.

Сомнительное отделение имеет отдельный ход. В сомнительное отделение принимаются женщины с повышенной температурой или же при наличии таких заболеваний, как сифилис, гонорея и пр., а также женщины с начинающимся абортom 3 и больше месяцев. Для предупреждения внутрибольничной инфекции проводится как правило строгая изоляция рожениц и родильниц: с температурой выше 37,5° женщина переводится в сомнительное отделение. Сомнительное отделение совершенно изолировано, имеет свою смотровую, родильную, операционную, а также отдельное детское отделение и представляет самостоятельный роддом в миниатюре, который обслуживается отдельным персоналом, имеющим даже свою раздевальную.

Врач, заведующий сомнительным отделением, не участвует как правило в дежурствах по роддому. Больные, подозрительные на сепсис, переводятся в специально оборудованные больницы для послеродовых заболеваний. В районах, где нет таких специальных больниц, на участке, в небольшом роддоме или на новостройке обязательно должна быть изолированная боксированная палата для септических больных.

Нормальное детское отделение имеет несколько палат в зависимости от величины родильного дома. В каждой палате 25 детей, которые обслуживаются одной сестрой.

Палаты светлые, пол плиточный или деревянный, покрытый линолеумом. Кроватки высокие. У каждой кровати небольшой висячий столик с некоторыми предметами индивидуального ухода для новорожденного. Каждая палата должна быть снабжена горячей и холодной водой. Обслуживание производится детской сестрой под наблюдением старшей сестры-инструктора, которая под руководством детского врача контролирует и направляет работу сестер. Санитарка не касается ухода за детьми, она следит только за чистотой палаты и всех подсобных помещений, приносит чистое и уносит грязное белье.

Для недоносков должна быть специальная палата, утепляемая добавочным нагревом до 25° (добавочная батарея, электрическая печка, ни в коем случае подогревание керосином). В отделении недоносков должны работать наиболее квалифицированные сестры, так как жизнь недоносков в значительной степени находится в зависимости от качества медобслуживания. Как в нормальном, так и сомнительном детском отделении должны быть боксы, где изолируются дети с подозрением на инфекцию.

Для кормления дети подвозятся на особых каталках в палаты.

Посещение родильниц во избежание инфекции запрещается.

Посетительская—большая комната, изолированная от стационара, необходима для выдачи справок родственникам родильниц, а также для приема пищевых передач. На стене висит большая разграфленная доска с точным обозначением номера палаты и номера кровати, где находится женщина. На другой доске, тоже разграфленной, ведется запись вновь родившихся с обозначением пола новорожденного и фамилии, имени и отчества матери.

В каждом родильном доме должна быть раздевальня с индивидуальными шкафами для каждого сотрудника. Халаты хранятся отдельно от верхней одежды в специальной комнате.

Персонал, работающий в родильном доме, не должен соприкасаться с заразными больными, гноем, трупами; он должен работать в моющемся платье, снимать с рук кольца и браслеты.

В родильном доме кроме лаборатории должна быть прозектура. В секционной вскрываются как умершие женщины, так и все дети, мертворожденные и умершие после родов. В музее собираются и сохраняются интересные в научном и учебном отношении препараты.

При роддоме с количеством коек не меньше 80—100 должна быть аптека, которой заведует фармацевт или специально квалифицированная сестра, и имеется одна служительница, которая приносит из отделений посуду, моет ее и, если в аптеке нет большого кипятильника, приносит кипяченую воду для заготовки дезинфицирующих растворов; она же разносит медикаменты, растворы и прочее по отделениям.

Заведующая аптекой prepares все необходимые растворы и лекарства, раздает вату и марлю, предметы ухода. Рецепты выписываются по стандарту, специально разработанному на научной конференции врачей. Перчатки и грелки, пришедшие в негодность, ремонтируются в аптеке. Заведующая заботится о своевременном получении медикаментов и предметов ухода, ведет им учет, ведет всю отчетность по аптеке, составляя кварталный и годичный отчет. Расход медикаментов в отделениях проверяется заведующим отделением и контролируется главврачом.

Предметы ухода в отделениях хранятся в шкафах вместе с необходимыми инструментами и сдаются по описи сестре, которая при смене сдает по счету другой сестре и расписывается в особой тетради как при сдаче, так и при приемке шкафа. Раз или два в месяц операционная или старшая сестра проверяет шкаф. При порче или пропаже составляется за соответствующими подписями акт, который сдается в контору после резолюции главврача или его заместителя о возмещении или снятии с учета того или другого предмета ухода.

Бельевая должна находиться в сухом помещении. Чистое белье хранится в специально оборудованных шкафах с небольшими отверстиями в дверях для протока воздуха или в стеллажах. Бельевой заведует кастелянша, которая ведет учет белья, получает его из прачечной и сдает его для стирки в прачечную.

Каждый роддом имеет специальную печать для метки белья: каждая пеленка и распашонка, каждое полотенце имеют стойкую нестирающуюся метку своего учреждения, иначе белье будет обменено и обезличено. Периодически белье контролируется кастеляншей на предмет проверки бельевого штампа, насколько он еще не стерся, так как при частой стирке даже самая прочная краска становится бледной, незаметной.

В п о ш и в о ч н о й, находящейся рядом с бельевой, должен стоять запасной шкаф с бельем в ведении пом. кастелянши для выдачи белья в выходные дни кастелянши.

В отделениях белье хранится в шкафах под ответственностью санитарок и сдается от смены к смене по описи, причем санитарки расписываются в приемке и сдаче в особой тетради. Таким образом имеется персональная ответственность санитарки, которой вверен ключ от шкафа. При пропаже белья всегда известно, у кого оно пропало. К белью следует прикреплять проверенных, грамотных санитарок. Каждые 3—5 дней кастелянша или ее помощница проверяет белье в отделениях. Два раза в месяц, перед выдачей зарплаты, кастелянша подает в контору сведения о всех случаях пропажи белья, если таковые имели место, для того чтобы во-время удержать стоимость его из зарплаты и снять белье

с учета. Белье в отделениях по мере сдачи грязного белья пополняется кастаньяшей.

Примерные нормы различных видов белья:

№	Наименование предмета	Количество на 1 койку
1	Бинты для рожениц	1
2	Косынки	4
3	Матрацы для взрослых	1 $\frac{1}{2}$
4	» » детей	1 $\frac{1}{2}$
5	Мешки вещевые	1 $\frac{1}{2}$
6	Наволочки верхние	10
7	» » детские	10
8	» нижние большие	2
9	» » детские	2
10	Одеяла теплые большие	1 $\frac{1}{2}$
11	» » детские	2
12	» тканевые большие	2
13	» » детские	3
14	Пеленки	120
15	Пододенльники детские	6
16	» для взрослых	6
17	Подстилки (льняные)	30
18	Подушки для взрослых	2
19	» » детей	1 $\frac{1}{2}$
20	Полотенца кухонные	2
21	» личные	10
22	Простыни	20
23	Распашонки	10
24	Рубашки женские	15
25	Салфетки	4
26	Халаты медицинские (на единицу персонала)	4
27	Детские фуфайки вязан.	10
28	Бинты грудные	2
29	Бумажные платя (на единицу персонала)	3
30	Обертки бязевые для пузырей для льда	2
31	Халаты для женщин летние	1 $\frac{1}{2}$
32	» » » теплые	1 $\frac{1}{2}$

Амортизация чаще стирающегося белья, пеленок, подстилок, происходит скорее, чем простынь и наволочек (от 20 до 50% в год).

По мере изнашивания белья оно снимается с учета. Во избежание злоупотреблений составляется комиссия, в которую обязательно входит работник бельевой. Комиссия обезличивает негодное белье, вырезает места с меткой; получается ветошь, которая взвешивается, укладывается в мешки и по мере надобности выдается по весу для употребления. Такое обезличивание ветхого белья необходимо, так как в противном случае возможна подмена хорошего белья ветхим. Ветошь утилизируется для починки белья, для уборки женщин (в целях экономии марли и ваты), для уборки помещения. При бережном и разумном обезличивании белья возможно приготовление например пупочных бинтов из ветошных простынь, которые обычно по краям (в длину) менее изнашиваются и могут дать длинные и крепкие полосы.

Администрация должна 1 раз в 2—3 месяца проверять бельевую. В небольших роддомах проверка проводится чаще.

В грязной бельевой пол должен быть плиточный или бетонный. Необходима хорошая вентиляция. Для сушки влажного белья, попавшего в грязную бельевую, должны быть устроены специальные стойки.

К у х н я является специальной пристройкой родильного дома и должна быть по возможности изолирована. При кухне должны быть: 1) комната для заготовки и чистки овощей, круп и пр.; 2) моечная комната для мытья посуды. В самой кухне находятся плита, котлы для супов и горячей воды; стол, стены и потолок должны быть окрашены масляной краской. В окнах сетки для защиты от мух. Хорошая вентиляция. Пол должен быть плиточный.

Для кухонного персонала—особый ход с раздевалней; обязателен душ.

Х р а н е н и е сухих продуктов в специальной кладовой. Овощи хранятся в кладовой, которая должна быть устроена при леднике. Там же охлаждаемое ледником помещение для скоропортящихся продуктов (мясо, рыба, масло и пр.). Пища подается в отделения из кухни в горячем виде при помощи специального подъемника в ведрах с закрытыми крышками. Кухонная посуда должна тщательно чиститься и храниться в шкафу. Ведра для отходов должны иметь крышки.

Необходима систематическая борьба с тараканами и грызунами.

Кухней заведует и руководит экономка. Меню вырабатывается совместно с врачом с соблюдением необходимой калорийности. Изменения в меню вносятся в связи с неустойчивостью сезонного снабжения.

Распорядок питания:

В 7 часов утра	чай
» 10 »	кофе с молоком
» 13 час. 30 м.	обед и чай
» 18 »	ужин и чай

Стол общий—мясной; по специальному назначению врача выписывается молочный и молочно-вегетарианский стол.

Весь кухонный персонал должен иметь чистые халаты и косынки. Повара в белых куртках и колпаках.

Желательна, особенно в крупных родильных домах, механизация процессов приготовления пищи.

Прежде чем перейти к ведению отчетности, несколько слов об и н в е н т а р и з а ц и и. Инвентаризация всего имущества по отделениям и во всем родильном доме должна проводиться ежегодно. В каждой палате на стене висит в рамке под стеклом за подписью главного врача список всего инвентаря данной палаты с обозначением номера каждого предмета. Такие же инвентарные описи в коридорах и подсобных помещениях. Стулья, табуретки, кровати и пр. не должны без особого разрешения переноситься из помещения в помещение, так как это затрудняет учет и контроль. «Каждая вещь имеет свое место». В общей инвентарной ведомости дается подробное описание каждого предмета, из какого материала он сделан, форма его, размеры; кроме того обозначается место его нахождения и цена, а также степень его амортизации, выраженная в процентах.

Финансовая отчетность ведется ежемесячно для выявления расходов, кредитов, отпускаемых на содержание учреждения как по городскому бюджету, так и по специальным средствам. Один раз в год составляется общая суммарная ведомость о движении материальных ценностей, дающая приход и расход инвентаря, белья, предметов ухода, медикаментов, хозяйственных материалов, топлива, а также остатков таковых на 1-е число нового бюджетного года.

Медицинская статистическая отчетность представляется в виде ежемесячных и годовых медицинских отчетов. В них отражено количество поступлений, родов, фактически проведенных койко-дней, а также количество заболеваний, смертность и состав женщин по классовому признаку. Ниже дается новая форма медицинского отчета. Он так построен, чтобы показать лицо родильного дома как в клиническом, так и в социально-классовом разрезе.

Ревизия и контроль денежных и материальных ценностей производятся по распоряжению главврача (снятие остатков), а также, горрайфо и другими организациями. Для определения средней стоимости койко-дня по всем статьям производится калькуляционный отчет по кварталам, в котором средняя стоимость койкодня определяется путем деления общей суммы расходов на количество проведенных койко-дней.

Ежегодно главврачом составляется оперативно-хозяйственный план, который должен содержать в себе все элементы, из которых складывается работа родильного дома. План широко обсуждается на производственном совещании. В конце каждого квартала главврач отчитывается в выполнении оперативно-хозяйственного плана.

Планируя работу родильного дома, необходимо правильно определять его пропускную способность. При учете оборачиваемости койки следует помнить, что роддом работает в году не больше 330 дней ввиду необходимости периодического освобождения и проветривания палат.

В этом случае роддом примерно на 150 коек по своей емкости имеет следующую пропускную способность:

1) нормальное акушерское отделение—102 койки; при среднем пребывании родильницы в 8 суток мы получаем оборачиваемость койки в год—41 ($330 : 8 = 41$), итого 4,182 поступлений ($102 \times 41 = 4182$);

2) в палате с осложненной беременностью—8 коек; среднее пребывание осложненной беременной—15 суток; итого 178 поступлений в год ($330 : 15 = 22$; $22 \times 8 = 178$);

3) в гинекологическом отделении—20 коек; среднее пребывание гинекологической больной—13 дней, итого—500 больных в год ($330 : 18 = 25$; $25 \times 20 = 500$).

Итого родильный дом на 150 коек пропускает в год 5 582 женщины. Сезонные колебания количества родов обычно дают подъем в зимние месяцы.

Калькуляция койко-дня производится из расчета максимально выраженной пропускной способности (отсутствие простоя коек). Путем сравнения калькуляции мы получаем наиболее наглядный показатель оперативно-хозяйственной деятельности учреждения.

Во главе роддома стоит главный врач, заведующий родильным домом. У него помощник, который помогает ему в медицинской и административной работе; фактически медицинское и административное руководство осуществляется главным врачом. Главный врач председательствует на научных конференциях, консультирует тяжелые акушерские случаи,

осуществляет медицинский контроль в отделениях. Главным врачом, а в его отсутствие помощником контролируется выписка лекарств и предметов ухода. Акты по снятию с учета подписываются главным врачом, реже его помощником.

Вопрос четкой организации труда и правильной расстановки рабочей силы имеет огромное значение в родильном доме, где работа крайне напряженная как днем, так и ночью, особенно при перегрузке. Одним из средств, ведущих к улучшению качества работы, является сменно-бригадный метод работы. Бригада формируется из сестер и санитаров постоянного состава (спаренно работающих). Каждый член бригады прикреплен к определенному посту, за который он отвечает, и получает определенное производственное задание, которое он должен выполнить. Так уничтожается обезличка и обеспечивается ответственность каждого за свой участок работы.

При сменно-бригадном методе работы наилучше осуществляется воспитательное влияние сильных работников на отстающих, постоянно работающих в одной смене.

На каждом посту по всем отделениям вывешиваются четко напечатанные правила внутреннего распорядка как для старшего, среднего и младшего персонала, так и для персонала во всех подсобных учреждениях (кухня, бельевая, лаборатория и пр.). Эти правила внутреннего распорядка вполне заменяют индивидуальный инструктаж. При приеме на работу каждый сотрудник знакомится с инструкциями, касающимися его поста, и имеет возможность тут же, на посту, еще раз прочитать правила внутреннего распорядка.

Прикрепление к определенному участку работы и ответственность за выполнение заданий—это то, что характеризует работу по-новому. Как средний, так и младший персонал отвечает не только за работу, но и за инвентарь и инструментарий, к которым он прикреплен. Белье и посуда принимаются санитаркой по описи и сдаются друг другу при смене под расписку в особой тетради. Начиная с посетительской и кончая операционной и родильной, везде персональная ответственность за вверенный инвентарь и работу. Бригадиром назначается наиболее квалифицированная сестра или акушерка, которая в своей смене следит за выполнением производственного задания каждого работника, за качеством его работы.

Выполнить установленную для каждого данного работника техническую норму—этого еще мало. Чтобы выполнение количественных показателей не было фикцией, должно соблюдаться высокое качество работы. Таким образом перед нами неотступно стоит задача правильного учета качественных показателей.

При анализе трудового процесса каждой категории работников нетрудно установить и качественные показатели, выполнение которых в совокупности дает 100% качественное выполнение производственного задания.

Организация каждодневного учета показателей и контроль за их выполнением дают совершенно объективные данные для поощрительной системы оплаты труда, а также для выявления ударников и проверки соцсоревнования.

Родильный дом, особенно большой, должен служить школой для подготовки кадров. Санитарные курсы по повышению квалификации санитарок, курсы по переквалификации санитарок в сестер, произ-

водственная практика для студентов, т. е. работа по повышению квалификации старых кадров и по подготовке новых, должна проводиться самим роддомом, так как при колоссальном спросе на средний медперсонал нечего рассчитывать на поступление кадров из техникумов, которые в первую очередь направляют сестер и акушерок на акушерские пункты, новостройки и пр.

Время от времени в родильном доме устраиваются научные конференции врачей, на которых подвергаются обсуждению патологические роды, оперативные случаи, представляющие особенный интерес, демонстрируются патологоанатомические препараты.

К участию в этих конференциях должен привлекаться и средний персонал: это школа для повышения квалификации как врачей, так и среднего персонала.

Санкультпросветработа проводится в роддоме следующим образом:

1) врач-акушер при утреннем обходе проводит с матерями беседу по вопросу женской гигиены, об аборте и его вредности, о питании, о режиме дня во время кормления;

2) врач-педиатр проводит беседу об уходе за новорожденным, о гигиене кормящей матери, о санитарном минимуме жилища и пр.;

3) ежедневно врачи-акушеры по очереди читают в посетительской лекции по особой программе, проработанной на научной конференции врачей. Эти лекции имеют большое культурно-просветительное значение, освещая целый ряд крайне важных вопросов, как например вопрос о вреде для родильниц раннего coitus'a, о вреде ранней выписки из роддома, а также ведет беседу по наиболее актуальным вопросам здравоохранения, о борьбе с эпидемиями, о вреде алкоголизма, о санминимуме.

Кроме того врач, находясь в посетительской, выявляет и разъясняет целый ряд вопросов, возникающих у посетителей в связи с передачей и перепиской с женами.

В каждом родильном доме должна быть библиотека для родильниц, а кроме того книги санитарно-просветительного характера должны родильницам отпускаться за деньги. Из дома книги не разрешается приносить во избежание занесения инфекции. В выписной комнате проводится последняя беседа детского врача с выписывающейся женщиной, которой дается инструктаж по уходу за ребенком.

Санкультпросветработа проводится врачами и средним персоналом не только внутри родильного дома, но и вне его: чтение лекций по охматмладу в жакте, клубах, школах и столовых, организация здравячек и пр. Следует упомянуть о работе акушера родильного дома на фабрично-заводском предприятии: врачи принимают активное участие в организации диететического питания для беременных и родильниц, работают по постановке учета переходов и недоходов по беременности, выделяют женщин, длительно и часто болеющих, для наблюдения и учета.

Таким образом наш советский родильный дом мыслится не только в качестве лечебного и профилактического учреждения, система построения и функционирования которого тесно увязана с общей целеустановкой народного здравоохранения на современном этапе социалистического строительства.

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО АКУШЕРСТВУ

На немецком языке:

Руководства по акушерству

Döderlein, Handb. d. Geburtsh., 2. Aufl. Bergmann, München, 1924—1925.
Halban u. Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes. Urban u. Schwarzenberg, 1924—1929. v. Winkel, Handb. d. Geburtsh. Bergmann, Wiesbaden, 1903—1907.

Учебники по акушерству

Ahlfeld, Lehrb. d. Geburtsh., 3. Aufl. Grunow, Leipzig, 1903. Baisch, Lehrb. d. Geburtsh. Enke, Stuttgart, 1926. Bayer, H. Strassburg, 1903. (Allgemeine Geburtshilfe.) Bumm, Grundriss d. Geburtsh., 15. Aufl. Bergmann, Wiesbaden, 1922. Fritsch, Lehrb. d. Geburtsh. Hirzel, Leipzig, 1904. Hannes, Komp. d. Geburtsh., 2. Aufl. Urban u. Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1927. v. Jaschke u. Pankow, Lehrb. d. Geburtsh., 2. u. 3. Aufl. Springer, Berlin, 1922. Liepmann, Geburtsh. Seminar, 4. Aufl. Hirschwald, Berlin, 1924. Schauta, Lehrb. d. Geburtsh. Deuticke, Leipzig u. Wien, 1906. Zangemeister, Lehrb. d. Geburtsh. S. Hirzel, Leipzig, 1927.

Учебники по акушерству для акушерок

Пруссия: Hebammenlehrbuch, 5. Aufl., bearb. v. Hammerschlag. Langstein u. Ostermann. Springer, Berlin, 1928.

Саксония: Lehrb. f. Hebammen, 9. Aufl., bearb. v. Engelhorn u. Linzenmeier. Hirzel, Leipzig, 1925.

Бавария: Lehrb. d. Hebammenkunst, v. B. S. Schultze. 16. Aufl., bearb. v. Th. v. Miltner. Engelmann. Leipzig, 1928.

Австрия: Lehrb. f. Schülerinnen des Hebammenkurses, 7. Aufl., bearb. v. Piskasek. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien, 1928.

Швейцария: Schweizerisches Hebammenlehrbuch, herausgeg. v. Rossier, la Concorde. Lausanne, 1920.

Основные источники (периодические)

Berichte über d. ges. Gynäk. u. Geburtsh. u. d. Grenzgebiete. Springer, Berlin, seit 1923. Jahresber. über d. ges. Gynäk. u. Geburtsh. u. d. Grenzgebiete. Springer, Berlin, seit 1888. Zentralbl. f. Gynäk. Joh. Ambr. Barth. Leipzig, seit 1877, herausgegeben von W. Stoeckel, Berlin.

На русском языке:

1. Л. Бубличенко, Руководство к изучению послеродовых лихорадочных заболеваний, 1930.
2. Г. Гентер, Акушерский семинар, 3 тома, 1927—1932.
3. В. Груздев, Курс акушерства и женских болезней, 3 тома, 1922.
4. М. Малиновский и М. Кушнир, Руководство по оперативному акушерству, 1931.
5. Н. Феноменов, Оперативное акушерство, 1910.
6. Н. Побединский, Учебник акушерства, 1932.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- А**
- Абдергальдена реакция 152
Аборт 711
— анатомия 711
— борьба в СССР 748
— искусственный, показания 740, 743
— — противопоказания 743
— лечение 718
— лист 753
— лихорадочный 719
— неполный 719
— подпольный 736
— профилактика 716
— течение 718
— трубный 783, 801
— угрожающий 717
— этиология 711
Абсцес тазовый, лечение 857
Агалактия 386
Аддисонова болезнь беременных 621
Адреналин 421
Алименты 1048, 1050
Аллантаоис 68
Альбуминурия беременных 576
Альфельда способ дезинфекции рук 112
Аменорея лактационная 326
Амнион 68, 82
— разрывы 650
Амниональная полость 64
Ампутации внутриутробные 650, 658
Ангина фолликулярная и беременность 599
Анемия злокачествен. беременных 612
— родильниц 559
Антисептика 96, 108
Аорта, прижатие 531
— сдавление 531
Апендицит и беременность 213, 615
Апоплексия беременных 626
Аранция проток 80
Arcus tendineus 20
Артерии и беременность 135
Артерия маточная 35
Асептика 96, 108
Асфиксия внутриматочная 914
— новорожденных 914
Афты Беднара 921
Ашгейма-Цондека реакция 153
- Б**
- Базедова болезнь беременных 620
Вас. aerogenes caps. 98
Вас. vaginalis 100
Вас. coli см. Кишечная палочка
Бартолиниевы железы 25
Беднара афты 921
Бедро, переломы родовые 902
Безыменная кость 12
Беременность 127
— аддисонова болезнь 621
Беременность, альбуминурия 576
— ангина фолликулярная 599
— анемия злокачественная 612
— апоплексия 626
— аппендицит 213, 615
— базедова болезнь 620
— брюшная 797
— вегетативная нервная система 130
— взвешивание 207
— влияние на мать 127
— внематочная 777
— — лечение 798, 802
— водянка 575
— гемофилия 612
— гигиена 180
— гипотиреозидом 620
— глазные болезни 621
— гликозурия 619
— гонорея 602
— грипп 596
— грыжи 617
— дерматозы 585
— диабет 619
— диагностика 151, 155, 199
— дифтерия 595
— диететика 180, 186, 210
— желтуха токсическая 592
— желчнокаменная болезнь 614
— заворот кишок 617
— зоб 620
— зубы 622
— интерстициальная 796
— интоксикации профессиональные 630
— — хронические 630
— инфекционные болезни 593
— инфлуэнца 596
— корь 593
— кровообращение 134
— кровь 134
— кровяное давление 207
— лейкемия 612
— малярия 597
— межъявочная трубная 797
— миелит 626
— многоплодная 303
— — диагностика 310
— нервные болезни 622
— нефрит острый 613
— — хронический 613
— нефрозы 576
— обмен веществ 131
— определение срока 158, 200
— оспа 594
— острая, желтая атрофия печени 592
— отеки 575
— отпуск 204
— отрыжка 591
— параличи 626
— первичная, диагностика 171
— пиелит 213
Беременность, пневмония 598

- повторная, диагностика 171
- почки 136
- продолжительность 200
- профилактика 208
- психические расстройства 627
- психозы 629
- расширения вен 610
- рвота 586
 - неукротимая 241, 587
- ревматизм суставной 599
- рентгенодиагностика 157
- рожа 599
- сердце 206, 608
- сифилис 605
- скарлатина 594
- склероз множественный 625
- слюнотечение 591
- спинная сухотка 626
- Status hypoplasticus 620
- Status thymico-lymphaticus 626
- столбняк 595
- тетания 624
- тиф 595
- токсикозы 211, 575
- тромбозы 611
- трубная 777
 - анатомия 780
 - течение и диагноз 784
- туберкулез 600
- ушные болезни 621
- холера 596
- хлороз 611
- холецистит 614
- хорей 624
- эндокринные железы 128
 - расстройства 619
- эпилепсия 627
- яичниковая 796
- яичниково-трубная 797
- Беременные, взвешивание 186, 207
- жилищные льготы 1047
- исследование акушерское 198
- консультации 196
- личная карточка 223
- льготы в Уголовном кодексе 1047
- льготы жилищные 1047
- наблюдение 208
- одежда 181, 187
- охрана труда 1043
- патронаж 217
- питание 132, 182, 186
- режим трудовой 209
- физкультура 187
- Билицкого прибор 178
- Бинт для рожениц 333
- Биолактин 769
- Бластула 62
- Близнецы см. Двойни
- Бодолюковский размер таза 175
- Бона узелки 921
- Боталлов проток 81
- Бронхит новорожденных 919
- Брюшной пресс 239
- Вульва болезнь 938

Бэра способ выделения плаценты 293

В

- Vagitus uterinus 244
- Вартонова студень 78
- V. iliaca media 37
- Вены при беременности 136
 - расширения варикозные у беременных 610
- Vernix caseosa 85
- Виганда-Винкеля-Мартина прием 'ручной 985
- Винкеля болезнь 938
- Влагалище, анатомия 26
 - в послеродовом периоде 326
 - вход 25
 - пороки развития, роды при них 680
 - при беременности 145
 - промывание 271, 273
 - разрывы 533, 952
 - стенозы, роды при них 685
 - флора при беременности 100
- Влагалищная часть матки 28
- Влагалищное исследование см. Исследование влагалища
- Влагалищные своды 28
- Внутренние органы, повреждения родовые 905
- Воды околоплодные 81
 - задние 231
 - отсутствие 648
 - передние 231
- Водянка беременных 575
- Ворсистая оболочка см. Хорион
- Воспалительная реакция новорожденных 338
- Вскармливание естественное 375
 - искусственное 396
 - техника 400
 - кормилицей 394
 - результаты 381
- Вставание раннее 331
- Вставление 162
 - асинклитическое 444
 - заднетемное 445
 - переднеголовное, щипцы 970
 - переднетемное 445
- Вульва, гематома 536
 - при беременности 145

Г

- Гартнера ход 33
- Гастроэнтериты грудных детей 927
- Гематоцеле 780, 801
- Гемофилия беременных 612
- Гентера прием остановки кровотечения 530
- Гидрамнион см. Многоводие
- Гидроур амниальная 650
- Гидроцефалия 669, 932
- Гинерген 418
- Гипертермия новорожденных 349
- Гипертрихоз при беременности 139

Гипноз при родах 277
Гипогалактия 386
Гиномохлион 242
Гипотиреозидизм беременных 620
Гинофиз, препараты 413
Гинофиз при беременности 128
Глаза, бленорей 299, 909
— — профилактика 299
— повреждения родовые 908
Глазные болезни беременных 621
Гликозурия беременных 619
Головка, вращение 236, 242, 255
— вступление в таз 235
— конфигурация 237
— поворот чрезмерный 428
— последующая, извлечение 983
— — перфорация 1022
— — щипцы 986
— предлежащая, перфорация 1013, 1015
— прорезывание 241
— размеры 89
— стояние, определение его 266
— — поперечное низкое 426
— — прямое высокое 448
Головная опухоль 238
Гонококки 97
Гонорей беременных 602
Гортань при беременности 137
Граафов пузырьки 46
Грип беременных 596
Грудная клетка при беременности 137
Грудные железы в послеродовом периоде 877
— гипертрофия 877
— новорожденных 366
— при беременности 145
— тугие 388
— уход 182, 185
Грыжи беременных 617
— плода, мозговые 672
— — пупочные 673
Губки 769
Губы половые большие 23
— — малые 24

Д

Двойни двуяйцевые 305
— диагностика 310
— кодлизация 316
— однояйцевые 305
— роды 315
Девственная плева 25
Дедерлейна палочки 27, 100
Декапитация 1023
Dermatitis exfoliativa 935
Дерматозы беременных 585
Дети грудные, питание 398
— слабые, питание 402
— — уход 400
Decidua 65,69
— basalis 71
— vera 71
— capsularis 71
— subchorialis 75

Диабет беременных 619
Диафрагма мочеоловая 22
— таза 20
Диатез геморрагический 930
Distantia cristarum 15, 174
— spinarum 15, 174
— trochanterica 15, 174
Дифтерия беременных 595
Дугласов карман 35
Дыхание искусственное 915
— новорожденных 244, 349

Е

Евстахиева заслонка 80
Emesis gravidarum 211
Ероофорон см. Parovarium
Excavatio recto-uterina 35
— vesico-uterina 35

Ж

Желтое тело 48, 53
Желточно-кишечная полость 64
— сосудистая система 68
Желточный проток 68
Желтуха беременных токсическая 592
— новорожденных 360
— ядерная 938
Желудок новорожденных 353
Желудочно-кишечный канал новорожденных, флора 354
Желтухакаменная болезнь беременных 614
Женский труд см. Труд женский
Жилищные льготы беременным 1047

З

Занос кровяной 714
— пузырьный 638
Зародышевый холмик 45
Зев маточный 27
Зев маточный при беременности 143
— — расширение кровавое 1011
— — — ручное 1009
— — — телом плода 1010
Зоб беременных 620
— новорожденных 920
Zona pellucida 46
Зубы беременных 622

И

Извлечение за ножки 986
— — тазовый конец 988
— — ягодицы 990
Изгнания период 234
Исследование влагалищное 113, 270
— прямокишечное 113, 273
Иммунитет новорожденных 338
Инструменты, наборы 948
— стерилизация 947
Интотоксикация пuerперальная бактериальная 809

- Интоксикации профессиональные беремен-
 ных 630
 — хронические беременных 630
 Инфаркт мочеиспускательный 359
 Инфекция пuerперальная 817
 Инфлуэнца беременных 596
 Ишурия послеродовая 887
- К**
- Cavum ischio-rectale 22
 Caput succedaneum 238
 Carunculae myrtiformes 25, 171
 Катетеризация 888
 Кафки колпачки 762
 Кесарское сечение абдоминальное 1029
 — — интраперитонеальное 1032
 — — техника 1032
 — — экстраперитонеальное 1033
 — влагалищное 1038
 — классическое 1033
 — опасности 1035
 — осложнения отдаленные 1036
 — оценка методов 1034
 — при предлежании плаценты 543
 — Порро 1033
 Кефалогематома 898
 Кишечная палочка 97
 Кишечник, заворот у беременных 617
 — новорожденных 354
 — при беременности 136
 Клавипурий 419
 Климаторий 43
 Клитор 24
 — разрывы 533
 Кожа новорожденных 336, 365, 381
 Кожные заболевания новорожденных 933
 Коллапс родовой 242
 Колпачки для сосания 389
 Кольпейриз 1009
 Конвульсии терминальные 932
 Конечности верхние, параличи родовые 904
 Консультация в колхозах 222
 — в системе единого диспансера 197
 — в совхозах 222
 — для беременных 196
 — — помещение 197
 — — работа 198
 — для женщин 194, 196
 — — — оборудование 197
 — — — помещение 197
 — лист для беременных и родильниц 224
 — работа общественно-профилактиче-
 ская 217
 — — санитарно-культурная 218
 — — санитарно-просветительная 219
 — связь с учреждениями 220
 — — с производством 221
 — структура 195
 — среди нацменьшинств 222
 — юридические по охматмладу 1052
 — первичные 195
- Консультация помещение 197
 Конъюгата диагональная 176
 — истинная 16, 176
 — наружная 15, 175
 Копчик 13
 Кормилицы 394
 — состояние здоровья 395
 Кормление грудью 374
 — — затруднение со стороны матери 386
 — — — — ребенка 390
 — — менструации 386
 — — продолжительность 380
 — — противопоказания 392
 — — режим 384
 — — техника 376, 378
 — — туберкулез 393
 — — частота 377, 380
 Кормление смешанное 391
 Кормящие, охрана труда 1043
 Corpus albicans 49
 Корь беременных 593
 Кости при беременности 138
 Краниоклазия 1013
 Краниокласт 1015
 Краниотраксия 1013
 Креде профилактика гонорей 299
 Креде способ выжимания плаценты 291
 Крестец 12
 Крестцово-подвздошное сочленение 13
 Кровообращение новорожденных 350
 Кровотечения атонические 517, 524
 — варикозные 558
 — маточно-влагалищные новорожден-
 ных 931
 — носовые новорожденных 931
 — последового периода 517
 — послеродового периода 288, 868
 Кровотечения при предлежании пла-
 центы 539
 — при разрывах 533
 Кровоизлияния внутричерепные 907
 Кровообращение беременных 134
 — плода 80
 Кровяная опухоль головы 898
 Кровяное давление, измерение 207
 — новорожденных 352
 Кровь новорожденных 359
 — при беременности 134
 Круглые связки 35
 Купание новорожденных 297, 368
- Л**
- Лактации период, психические рас-
 стройства 628
 Lamina visceralis fasciae pelvis 20
 Lanugo 85
 Легкие, ателектаз 919
 Лейкемия беременных 612
 Леопольда приемы определения поло-
 жения плода 166
 Lig. ano-coccygeum 20
 Lig. teres hepatis 81
 Ligg. vesico-umbilicalia lateralia 81

Linea diagonalis interna 19
Липамин 53
Лист по родовспоможению 264
Литцмановское склонение 445
Лонная дуга, размеры 175
Лохии 325, 329
— бактериология 103
Лютеолипоид 54
Льето треугольник 34

М

Маловодие 82, 648
Малярия беременных 597
Мастит 389
— пuerперальный 880
— — лечение 883
Материнство, охрана см. Охрана материнства
Матка, анатомия 27
— беременная, высота стояния дна 202
— — рост 151, 153
— — флора 100
— влагалищная часть 27
— воспалительные заболевания 687
— выворот 695
— выпадение у беременных 694
— — и роды 695
— выскабливание 726, 728, 736
— дренирование 856
— изменения при беременности 141, 149, 153
— инвагинация 248
— инволюция послеродовая 289, 322
— иннервация 39
— кольцо сокращения 251
— массаж 518, 526
Матка миомы 704
— неправильности положения 689
— отделы ее 251
— отделяемое, исследование 837
— перешеек 251
— перфорация 730
— полый мускул 251
— пороки развития 681
— прилегание внутреннее 254
— прилегание наружное 254
— промывания горячие 527
— разрывы 561
— — лечение 573
— — симптомы 568, 570
— — этиология 564
— рак 701
— раскрытие 252
— сегмент нижний 143, 251
— сокращения родовые см. Схватки
— тампонада 527
— удаление 856
Маточная артерия 35
Маточный сегмент нижний 251
— шум 156
Мезобласт 64
Меккеля дивертикул 911
Меконий, отхождение 269, 356
Melaena neonatorum 931

Мензюнга пессарий 761
Менструация 50
— и кормление грудью 386
— связь с овуляцией 53
Метрейриз 1004
— показания 1005
— при предлежании плаценты 549
— техника 1005
Миапа колпачки 761
Михаэлиса ромб 495
Миелит беременных 626
Млекогонные средства 387
Многоводие 82, 646
Мозг головной, кровоизлияния родовые 907
— — новорожденных 363
— — спинной, новорожденных 363
Молозиво 147, 375
Молоко 148
— женское 375
— — недостатки
— — козье 396
— — коровье 396
— — бактерии 396
— — кипячение 397
— — разведение 398
— — стерилизация 397
Молокоотсос 389
Молочница 922
Момбурга способ остановки кровотечения 531
Морганиева гидатида 33
Морисо-Левре-Фейта-Смелли прием ручной 983
Морисо-Фейта-Смелли прием обратный 985
Морула 62
Морфий 422
Моча новорожденных 358
Мочевой пузырь 33
— изменения положения 886
Мочеиспускательный канал 34
— изменения положения 886
Мочеполовая диафрагма 22
Мочеточники 39
— изменения положения 886
Мускулатура новорожденных 337
Musc. coccygeus 20
— — constrictor cunni 22, 25
— — detrusor vesicae 34
— — ilio-coccygeus 20
— — ilio-psoas 23
— — ischio-cavernosus 23
— — ischio-coccygeus 20
— — levator ani 20
— — obturator internus 23
— — pubo-coccygeus 20
— — pyriformis 23
— — sphincter ani externus 23
— — — vesicae internus 34
— — transversus perinei profundus 22
— — — superficialis 23
Мышца грудино-ключичная, повреждения родовые 900
— жевательная, гематома 900

Мышцы, повреждения у новорожденных 900

Н

Падпочечник при беременности 128
Напальчники резиновые 114
Парков при родах 275
Пасморк у новорожденных 391, 916
Небные пятна 921
Негелевское склонение 235, 445
Недоноски 400
Нервная система вегетативная 130
— — и беременность 139
Первые болезни беременных 622
Нерв лицевой, паралич родовой 904
Нервы, повреждения родовые 903
Нефректомия и беременность 893
Нефрит острый беременных 613
— хронический беременных 613
Нефропатии беременных
Пижный сегмент матки 143, 251
Пити амниотические 651
Новорожденные, воспалительная реакция 338
— вес 346
— гипертермия 349
— глаза, уход 371
— глотание 353
— грудные железы 366
— двигательная функция 363
— дыхание 243, 349
Новорожденные, желтуха 360
— желудок 353
— желудочно-кишечный канал, флора 354
— жировая подкладка 336, 382
— исследование 897
— иммунитет 338
— кишечник 354
— кожа 336, 365, 381
— кормление грудью 376
— кормление первое 377
— кроватка 369
— кровообращение 350
— кровяное давление 352
— кровь 359
— купание 297, 368
— мозг головной 363
— спинной 363
— моча 358
— мочекислые инфаркты 359
— мускулатура 337
— насморк 391
— обмен веществ 340
— одежда 368
— органы пищеварения 352
— органы чувств 363
— патология 897
— печень 354
— питание 341, 345, 373
— повреждения родовые 898
— поджелудочная железа 354
— половые органы 367
— почки 358

Новорожденные,
— психическое состояние 382
— пульс 351
— развитие, лист 404
— размеры 89
— рвота 354
— рефлексы 364
— сердце 351
— скелет 382
— сосание 352
— спинномозговая жидкость 364
— стул 356, 383
— температура тела 245, 348
— тургор тканей 382
— уход 697, 368, 370
— уши, уход 372
— физиология 335
— химический состав тела 339
— эндокринные органы 367
Ножка, выпадение 979
Нос при беременности 138

О

Обмен веществ беременных 131
— — новорожденных 340
Оболочка ворсистая см. Хорион, отпадающая см. Decidua
Оболочки, выделение 293
— задержание 297
— извлечение 294
— отделение 247, 248
— целость 296
Овуляция 44, 53
— связь с менструацией 53
Одежда новорожденных 368
Околоплодные воды см. Воды околоплодные
Oligohydramnia 82
Омфалит 913
Омфалорагия 931
Операции акушерские 943
— — подготовка 946
— — показания 945
— — положение роженицы 949
— — — на боку 950
Операции плодоразрушающие 1012
Оплодотворение 57
Органы чувств новорожденных 363
Оспа беременных 594
Остеомалиция 488
Отеки беременных 575
Отпуск по беременности 204
Отрывка беременных 591
Ophthalmoblennorrhoea см. Глаза, блефория
Охрана труда беременных 1043
— — кормящих 1043

П

Параличи беременных 626
— родовые 903
Параметральные экссудаты, лечение 858
Параметрит 840, 858

- Параметрит, прорыв в мочевой пузырь 894
 Парауретральные ходы 25
 Paroophoron 33
 Parovarium 33
 Пасты противозачаточные 768
 Пахтанье 392
 Пеленание новорожденных 369
 Пемфигус контактный новорожд. 935
 Перикармливание 926
 Периаартериит пупочный 913
 Период изгнания 234
 ПерIOD раскрытия 228
 Перитонит послеродовой, лечение 825, 857
 Перфорация последующей головки 1022
 — предлежащей головки 1013
 Перчатки резиновые, стерилизация 112
 Пессарии 760
 Печень, атрофия острая желтая беременных 592
 — беременных 137
 — новорожденных 354
 Пискачка прием остановки кровотечения 530
 — признак 151
 Питание недостаточное 923
 — новорожденных 341, 345, 373
 — расстройства его у грудных детей 355, 923
 Питуитрин 415
 Пиелит беременных 213, 890
 Плазмодиотрофобласт 64
 Плацента 73
 — водянка 666
 — вращение (placenta accreta) 523
 — выделение по Бэру 293
 — выжимание по Креде 291
 — деформации 632
 — добавочная 78, 632
 — заболевания 632
 — задержка 297
 — изгнание 247
 — инфаркты белые 635
 — кисты 634
 — новообразования 635
 — осмотр 295
 — отделение 246, 289
 — — преждевременное 551
 — — лечение 554
 — — ручное 520
 — предлежащие 537
 — — кровотечения 539
 — — лечение 543, 546
 — — эмболия 542
 — приращение (placenta adhaerens) 523
 — тяжи и узлы 634
 — ущемление 521
 — физиология 120
 — целость 296
 Placenta marginata 633
 — circumvallata 633
 Плечевой пояс, повреждения родовые 901
 Плечики, вращение 242
 Плечики, извлечение 284
 — роды неправильные 428
 Плечо, переломы родовые 902
 Plexus pampiniformis 38
 — spermaticus 38
 — uterinus magnus 38
 Плод, аномалии 664
 — величина ненормальная 664
 — вес 88
 — водянка 666
 — вытравливание 736
 — гидроцефалия 669
 — грыжи мозговые 672
 — — пупочные 673
 — движения 156
 — дыхательные движения 243
 — жизнь и смерть, признаки 158
 — зрелость, признаки 88
 — изменения посмертные 666
 — кровообращение 80, 119
 — обмен веществ 121
 — положение 161, 166
 — развитие 84
 — — внеамниональное 650
 — — внеоболочечное 649
 — размеры 87, 170
 — сердцебиение 267
 — смерть 269, 666
 — уродства 668
 — — двойные 674
 — физиология 119
 — хондродистрофия 673
 — членорасположение 162
 Плодный пузырь, разрыв 231
 — — — искусственный 277
 — — — ложный 234
 — — — поздний 653
 — — — преждевременный 232, 652
 — — при предлежании плаценты 547
 Пневмония беременных 598
 — новорожденных 919
 Поворот комбинированный на ножку при головном предлежании 1002
 — комбинированный на ножку при поперечном положении 992
 — на ножку при предлежании плаценты 548
 — наружный комбинированный на ножку 1003
 Повреждения родовые 898
 — — мягких частей 898
 Поджелудочная железа новорожденных 354
 — — при беременности 128
 Polihydramnia 82
 Полиплацентарный 525
 Поллакиурия беременных 886
 Половая зрелость 43
 Половые губы см. Губы половые
 Половые органы, сосуды лимфатические 38
 — — — наружные 23
 — — — дезинфекция 115
 — — флора во время беременности 99
 — — — — родов 102

- Половые органы. флора в послеродовом периоде 102
- сношения при беременности 181
 - — после родов 333
- Положения плода 161, 162, 166
- головные 161, 164
 - — поворот на ножку 1002
 - заднезатылочные 423
 - затылочные. течение родов 227, 423
 - — щипцы 966
 - коленные 452
 - косые 164, 461
 - лицевые 436
 - — щипцы 971
 - лобные 432
 - — щипцы 973
 - ножные 451, 456
 - переднеголовые 429
 - поперечные 164, 461, 471
 - продольные 161, 164
 - поперечные задушенные 467
 - — поворот на ножку 992
 - разогнутые 429
 - тазовые 161, 164, 451
 - — акушерская помощь 979
 - — ошибки при ведении родов 991
 - ушные, задние и передние 445
 - ягодичные 453
- Порро кесарское сечение 1033
- оследовый период 245
 - — ведение 294
 - — кровопотери 247
 - — кровотечения 517, 868
- Послеродовая инфекция, возбудители 96
- — источники 96, 105
 - — профилактика 108, 184, 210
- Послеродовой период 322
- — ведение 285
 - — влияние флоры половых органов 102, 105
 - — кровотечения 868
 - — патология 805
 - — психические расстройства 628
 - — пульс 327
 - — температура тела 327
- Послеродовые заболевания, история и статистика 805
- Почки, декапсуляция 894
- изменения функциональные у беременных 887
 - новорожденных 358
 - при беременности 136
 - смещение в таз 895
- Правский прием 986
- Предлежание см. Положение
- Предлежащая часть, определение положения и величины 168
- отношение ко входу в таз 203
- Предохранители внутриматочные 763
- Презервативы женские 760
- мужские 758
- Прикорм 391
- Прилегание матки внутреннее 254
- — наружное 254
- Проводная линия таза 19, 253
- Промежность 23
- защита 279
 - разрывы 279, 951
 - — шов 956
 - — растяжение при родах 240
- Промонторий 13
- Противозачаточные средства 755
- — механические 758
 - — химические 766
- Проходника диета беременных 184
- лечение голодом 509
- Прямая кишка 33
- Прямокишечное исследование см. Исследование прямокишечное
- Психика новорожденных 382
- Психозы 629
- Пуерперальная интоксикация бактериальная 809
- инфекция 817
 - — лечение 844
 - — — хирургическое 854
 - — — симптомы 832
- Пузырный занос 638
- Пульс в послеродовом периоде 327
- новорожденных 351
- Пуповина 78
- аномалия длины 655
 - вращение 290
 - выпадение 659
 - гангрена остатка 912
 - грыжи 673
 - обвития 657
 - остаток 366
 - перевязка 286, 298
 - перерезка 285
 - повреждения 663
 - предлежаия 659
 - прикрепление, варианты и аномалии 654
 - — оболочечное 556
 - узлы 659
 - уход 298
 - шум 156, 268
- Пупок амниотический 910
- аномалии врожденные 910
 - гангрена 913
 - гранулома 912
 - кожный 910
 - мокнущий 912
 - уход 368
 - флегмона 913
 - язвы 913
- Пупочный канатик, грыжи 910

Р

- Раскрытия период 228
- Рвота беременных 586
- неукротимая 211, 587
 - новорожденных 354
- Ревматизм суставной беременных 599
- Рентгенодиагностика беременных 157
- Retinaculum uteri 40
- Рефлексы новорожденных 364
- Ринит геморрагический 931

- Родильницы, анемия 559
 — вставание раннее 331
 — патронаж 217
 — питание 331
 — стул 328
 — уход 327, 330
 — физкультура 332
 Родильные дома, организация и структура 1054
 Роднички 91
 Родовой канал 252, 255
 — — расширение 1004
 Родовые пути, анатомия 11
 Роды 227
 — в домашней обстановке 260
 — ведение 260
 — — в период изгнания 277
 — — в период раскрытия 277
 — механизм 250
 — многоплодные 315
 — неправильные 423
 — обезболивание 275
 — определение срока 158
 — подготовка 260
 — предвестники 227
 — преждевременные искусственные 1027
 — при узком тазе 499
 — причины наступления 227
 — продолжительность 249
 — психические расстройства 628
 — сдвоенным телом 469
 — стремительные 249, 280
 — течение 227
 Рोजа беременных 599
 — новорожденных 936
 Роженицы, исследование внутреннее 270
 — — наружное 263
 — подготовка 261
 — собрание анамнеза 262
 — уход 116, 287
 Рубцы беременности 138
 Руки, дезинфекция 110
 — уход 110
 Ручки, выпадение 463, 466, 472, 977
 — запрокидывание 458
- С**
- Самоизворот 469
 Самоповорот 465
 Сверхзачатие 308
 Сверхплодотворение 309
 Свищи мочевые 892
 Секакорнин 419
 Секален 419
 Секализат 419
 Секалопан 420
 Сепсис новорожденных 937
 Сердечные тоны плода 155
 Сердце и беременность 135
 — новорожденных 351
 — пороки и беременность 206, 608
 Сердцебиение плода 267
 Симпатический нерв 39
 Симфиз 13
- Sinus sagittalis, кровотечения родовые 908
 — transversus, кровотечения родовые 908
 Сифилис беременных 605
 — врожденный 939
 — — профилактика 214
 Скарлатина беременных 594
 Скелет новорожденных 392
 Скене железы 25
 Склерема жировая новорожденных 934
 — отечная новорожденных 934
 Склероз множественный беременных 625
 Склонение литцмановское 445
 — негелевское 235, 445
 Слабые дети, питание 402
 — — уход 400
 Слюнные железы, воспаление гнойное 922
 Слюнотечение беременных 591
 Сношение прерванное 759
 Сокслета аппарат 397
 Сосание 352
 Соски 371
 Соски, болезни 877
 — гиперестезия 389
 — неправильности 388
 — полые 388
 — трещины 389, 879
 — уход 185, 878
 Сосуды лимфатические половых органов 38
 Сперма 55
 Сперматозоиды 56
 Спинная сухотка беременных 626
 Спорынья 417, 420
 Спринцевания влагаллистые 766
 — — во время беременности 181
 Status hypoplasticus беременных 620
 — thymico-lymphathicus беременных 620
 Стафилококки 96
 Стерилизация женщины 770
 — — биологическая 772
 — мужины 771
 — рентгеновскими лучами 771
 Столбняк беременных 595
 — новорожденных 936
 Стomatит катаральный 922
 Стояние головки, определение его 266
 — — поперечное низкое 426
 — — прямое высокое 448
 Стрептококки 96
 Striae gravidarum 138
 Stridor 918
 — laryngis congenitus 918
 — thymicus 919
 Судороги новорожденных 932
 Суставы при беременности 138
 Схватки 252, 407, 410
 — периода изгнания 412
 — — раскрытия 228, 410
 — послеродовые 327, 413
 — регистрация 117
 — слабость 411
 — усиление искусственное 416, 422

Таз, анатомия 11
— воронкообразный 491
— вход 16
— выход 18
— — размер поперечный 17, 175
— — — прямой 176
— детский 11
— диафрагма 20
— женский 14
— измерение внутреннее 176, 205
— — наружное 174, 205
— инфантильный 479
— кифотический 493
— коксалгический 485
— кососуженный 485
— костный 11, 15
— лимфатические железы 38
— люксационный 481
— малый 15
— мужской 13
— мышцы 20
— наклонение 20
— новорожденных 11
— общеравномерносуженный 479
— общесуженный 478
— — роды, механизм 502
— — плоскорихитический 484
— — — роды, механизм 506
— опухоли 494
— остеомалатический 488
— ось 19, 253
— плоский 12, 480
— — роды, механизм 503
— плоскорихитический 481, 484
— плоскости параллельные 19
— поперечносуженный 486
— проводная линия 19
— размеры 15, 497
— расширение оперативное 1040
— расщепленный 12, 494
— сколиотический кососуженный 486
— спондилолистетический 486
— узкий 476
— — диагностика 494
— — классификация 477
— — лечение 508
— — повреждения матери 506
— — — плода 506
— — — родовые 507
— — профилактика 508
— — роды, ведение в клинике 510
— — — — на дому 512
— — — течение 499
— — симптомы 498
— эквостовы 494
Тазовая диафрагма 20
— клетчатка 40
Тазовое дно 20
Thesa folliculi 45
Теновин 420
Тетания беременных 624
Тиф беременных 595
Токсикозы беременности 575

Токсикозы беременности отечно-почечные 212
— — профилактика 185, 211
Тромбозы 863
— беременных 611
— профилактика 865
Трофобласт 62, 64
Туберкулез врожденный 940
— и беременность 600
— и кормление 393
— профилактика 214
Туловище новорожденных 89
— роды 242

У

Удушье новорожденных см. Stridor
Urachus 35
— свищи 911
Уретроцеле 895
Уродства плода 668
— — двойные 674
Уши, повреждения родовые 908
Ушные болезни беременных 621

Ф

Фаллопиевы трубы, анатомия 29, 31
— — при беременности 145
Физкультура беременных 187
Фоликулы первичные 44
Франкенгейзера ганглии 38
Фрича прием остановки кровотечений 529
Фюрбрингера способ дезинфекции рук 111

Х

Хегара признак беременности 150
Хенкеля прием остановки кровотечений 532
Хинин 421
Xloasma uterinum 139
Хлороз беременных 611
Холера беременных 596
Холецистит беременных 614
Хондродистрофия плода 673
Хорея беременных 624
Хорио-ангиопаги 305
Хорион 67, 69, 73
Хорионэпителиома 642

Ц

Цвейфеля прием остановки кровотечений 530
Цистит беременных 887
— гангренозный 889
— лечение 890
Цистоцеле 895
Цитотрофобласт 64

Ч

Череп, вдавления 900

Череп, переломы родовые 901
— швы 91
Членорасположение плода 162

Ш

Шарики противозачаточные 767
Шейка матки и беременность 143
— разрывы 534
— раскрытие 232
Широкие связки 35
Шок родовой 242, 874
Шум маточный 156
— пуповины 156, 268

Щ

Щипцы высокие 974
— модели 960
— на головку в косом размере 967
— на головку в поперечн. размере 968
— на головку в прямом размере 966
— на последующую головку 986
— при затылочных предлежаниях 966
— при лицевых предлежаниях 971
— при лобных предлежаниях 973
— при переднеголовном вставлении 970
— техника операции 962
— условия наложения 961
Щитовидная железа и беременность 128

Э

Экзема новорожденных 934

Эклампсия 578
— лечение 583
— новорожденных 933
Эктобласт 64
Эмболия 860
— воздушная 860
— при предлежании плаценты 542
— профилактика 865
Эмбриональный шар 62
Эмбриотомия 1025
Эндокринные железы при беременности 128
Эндокринные расстройства беременных 619
Энтобласт 64
Эпизиотомия 954
Эпилепсия беременных 627
Эпителиальные тельца при беременности 128
Эргопан 420
Эрготамин 417
Эритема физиологическая новорожденных 933

Я

Яичники, анатомия 32
— в послеродовом периоде 326
— опухоли 697
— при беременности 145
Яйцевая камера 66
— клетка 44
Яйцо, деление 62
— оплодотворение 57, 62
— прививка 61, 63

СОДЕРЖАНИЕ

Разрыв матки	561
Признаки угрожающего разрыва матки	568
Признаки наступившего разрыва матки	570
Лечение	573
Патологические процессы в организме матери во время беременности и родов	575
I. Токсикозы беременности (гестозы)	—
1. Отеки и водянка у беременных	—
2. Альбуминурия и нефрозы беременности	576
3. Эклампсия	579
4. Дерматозы беременности	585
5. Рвота беременных, неукротимая рвота, слюнотечение, отрыжка	586
6. Печень. Желтуха при беременности. Острая желтая атрофия печени	591
II. Инфекционные болезни беременных	593
1. Острые экзантемы	—
2. Дифтерия	595
3. Столбняк	—
4. Тиф	—
5. Холера	596
6. Инфлуэнца и грипп	—
7. Малярия	597
8. Пневмония	598
9. Септические заболевания	—
10. Туберкулез	600
11. Гонорея	602
12. Сифилис	605
III. Заболевания сердца, сосудов и крови	608
1. Заболевания сердца	—
2. Заболевания вен, образование варикозных расширений, тромбозы	610
3. Заболевания крови	611
IV. Заболевания почек	613
V. Заболевания печени и кишок	614
1. Холецистит (застой желчи) и желчнокаменная болезнь	—
2. Апендицит	615
3. Грыжи	617
4. Заворот кишок	—
VI. Расстройства внутренней секреции и конституциональные болезни беременных	619
VII. Заболевания глаз, ушей и зубов у беременных	621
VIII. Расстройства нервной системы и психики при беременности, родах и в послеродовом периоде	622
1. Невралгии, акропарестезии, неврит и полиневрит	—
2. Тетания беременных	624
3. Хорея беременных	—
4. Заболевания спинного мозга	—
5. Апоплексии и центральные параличи	625
6. Эпилепсия	627
7. Более легкие психические расстройства	—
а) Расстройства во время беременности	—
б) Расстройства во время родов	628
в) Расстройства в послеродовом периоде и в периоде лактации	—
8. Истинные психозы	629
IX. Хронические отравления	630

I. Заболевания плаценты	—
1. Неправильные формы	—
2. Placenta marginata et circumvallata (экстрахориальная)	633
3. Кисты плаценты	634
4. Фибриновые тяжи и узлы, белые инфаркты плаценты	—
5. Новообразования плаценты	635
6. Приращение плаценты (placenta adhaerens et accreta)	—
II. Пузырный занос (mola hydatidosa)	638
III. Хорионэпителиома	642
IV. Аномалии водной оболочки	646
1. Многоводие	—
2. Маловодие и отсутствие околоплодных вод (олиго- и ангидрамния)	648
3. Внеоболочечное развитие плода и амниальная гидрорея беременной матки	649
4. Изолированный разрыв амниона, внеамниальное развитие плода, амниотические нити	650
V. Неправильности разрыва плодного пузыря	652
1. Преждевременный разрыв плодного пузыря	—
2. Поздний разрыв плодного пузыря	653
VI. Аномалии пуповины	654
1. Варианты и аномалии прикрепления	—
2. Ненормально короткая и ненормально длинная пуповина	655
3. Обвития пуповины и истинные узлы ее	657
4. Предлежание и выпадение пуповины	659
5. Повреждения пуповины	663
VII. Аномалии плода	664
1. Ненормально большие и гигантские дети	—
2. Общая водянка плода и плаценты	666
3. Внутритрунная смерть и посмертные изменения плода	—
4. Уродства плода в акушерском отношении	668
5. Двойные уродства	674

Расстройства беременности и родов, обусловленные аномалиями половых органов и соседних с ними частей 680

I. Пороки развития	—
II. Приобретенные изменения половой сферы большей частью воспалительного характера	685
III. Неправильности положения матки и их последствия	689
IV. Новообразование	697

Выкидыш (аборт) 711

Этиология и анатомия	—
Профилактика аборта	716
Угрожающий аборт	717
Течение аборта	718
Лечение аборта	—
Условия для активной терапии аборта	721
Активное вмешательство при уже начавшемся опорожнении матки	722
Последовательное лечение	729
Ошибки и осложнения при активной терапии аборта	730

Вытравление плода (так наз. подпольный аборт) 736

Искусственный аборт 740

Борьба с абортами в СССР 748

Противозачаточные средства 755

I. Механические противозачаточные средства	758
1. Механические средства, применяемые мужчиной	—
2. Механические средства, применяемые женщиной	760
II. Химические противозачаточные средства	766

III. Хирургические способы предохранения от беременности	770
1. Стерилизация женщины	—
2. Стерилизация мужчины	771
IV. Стерилизация лучами Рентгена	—
V. Биологическая стерилизация женщины	772
Внематочная беременность	777
I. Трубная беременность	—
II. Более редкие формы внематочной беременности	796
1. Интерстициальная беременность	—
2. Яичниковая беременность (graviditas ovarica)	—
3. Трубно-яичниковая беременность (graviditas tubo-ovarialis)	797
4. Межъяичниковая (параметральная) трубная беременность	—
5. Беременность на яичниковой бахромке	—
6. Брюшная беременность	—
Терапия	798
Патологический послеродовой период	805
I. Послеродовые бактериальные заболевания матери и плода	—
A. Общие замечания (исторические и статистические)	—
B. Бактериальные заболевания половых органов у беременных, рожениц и родильниц	808
1. Пуерперальная бактериальная интоксикация	809
Патологическая анатомия	811
Клиническое течение	812
Диагноз	815
Прогноз и терапия	816
2. Послеродовые инфекционные заболевания	817
Общие данные. Этиология	—
Патологическая анатомия	819
Пуерперальная инфекция с распространением бактерий в эпителии	—
Распространение бактерий в строме и лимфатических путях	820
Распространение бактерий в строме и кровеносных путях	826
Симптомы пуерперальных септических заболеваний и их клиническое значение	832
Объективно устанавливаемые общие симптомы	833
Общие явления субъективного характера	836
Объективно устанавливаемые местные изменения	—
Цитологические и бактериологические изменения в секретах полового канала	—
Местные изменения при пуерперальной инфекции, устанавливаемые осмотром, перкуссией и пальпацией	839
Терапия пуерперальной инфекции	844
I. Попытка применения так наз. <i>therapia sterilisans magna</i>	847
II. Попытки поддержания собственных сил организма	—
III. Методы лечения неспецифическими раздражающими средствами	849
IV. Попытки хирургического лечения	854
V. Прочие заболевания матери в послеродовом периоде	860
Эмболия	—
Воздушная эмболия	—
Тромбоз	863
Профилактика тромбозов и эмболий	865
Кровотечения в послеродовом периоде	868
Родовой шок	874
Грудные железы и их заболевания в послеродовом периоде	877
Болезни сосков	—
Воспаление грудной железы (пуерперальный мастит)	880

Изменения и заболевания мочевых органов во время беременности, родов и послеродового периода	886
Инфекции	887
Мочевые свищи, повреждения и операции на мочевых органах	892
Прорыв соседних болезненных очагов в пузырь	894
Смещения и пороки развития мочевых органов	895
Патология новорожденного	897
Введение	—
I. Родовые повреждения	898
1. Наружные повреждения мягких частей	—
2. Кровяная опухоль головки (kephalhaematoma externum)	—
3. Повреждения мышц	900
4. Повреждения костей	—
5. Повреждения нервов (родовые параличи)	903
6. Повреждения внутренних органов	905
7. Повреждения центральной нервной системы	906
II. Ophthalmoblenorrhoea neonatorum gonorrhoeica	909
III. Заболевания пупка	910
Врожденные аномалии	—
Расстройства заживления пупочной раны	911
IV. Заболевания дыхательного аппарата	914
1. Асфиксия	—
2. Ринит	916
3. Удушье	918
4. Ателектаз легких	919
5. Пневмонии и бронхиты	—
V. Заболевания органов кровообращения и мочеполового аппарата	920
VI. Заболевания пищеварительного тракта и расстройства питания	921
Заболевания полости рта и слюнных желез	—
Расстройства питания у грудных детей	923
а) Расстройства питания вследствие количественных изменений пищи	—
1) Недостаточное питание	—
2) Перекармливание	926
б) Расстройства питания вследствие качественно измененной пищи	927
1) Расстройства питания вследствие кормления грудным молоком, содержащим бактерии	—
2) Расстройства питания вследствие дефектов молока	929
в) Расстройства питания вследствие конституциональной неполноценности ребенка	—
VII. Геморагические заболевания	930
VIII. Судороги у новорожденных	932
IX. Кожные заболевания	933
1. Экзема	934
2. Жировая и отечная склерема	—
3. Контагиозный несифилитический пемфигус новорожденных	935
4. Dermatitis exfoliativa	—
X. Инфекционные болезни	936
А. Важнейшие острые инфекционные болезни	—
1. Столбняк	—
2. Рожа	—
3. Сепсис	937
Б. Хронические инфекционные заболевания	939
1. Сифилис	—
2. Туберкулез	940
Оперативное акушерство	943
Общие данные об акушерском оперировании	—
Положения роженицы при акушерских операциях	949

Разрывы промежности. Эпизиотомия и зашивание разорванной промежности	951
Зашивание разрывов промежности	956
Операция щипцов	960
Условия для операции извлечения плода щипцами	961
Общие правила техники операции щипцов	962
Щипцы при затылочном предлежании	966
Выходные щипцы на головку, стоящую в прямом размере	—
Щипцы на головку, стоящую в косом размере	967
Щипцы на головку, стоящую в поперечном размере (низкое поперечное стояние головки)	968
I низкое поперечное стояние	969
II низкое поперечное стояние	—
Щипцы при передне-головном вставлении	970
Превращение передне-головного положения в затылочное	971
Щипцы при лицевых предлежаниях	—
Щипцы при лобном предлежании	973
Высокие щипцы	974
Терапия при выпадении мелких частей	977
Выпадение ручки	—
Выпадение ножки	979
Акушерская помощь при предлежаниях тазовым концом	—
Оказание помощи при нормальном течении родов в тазовом предлежании	—
Извлечение последующей головки	983
Акушерская помощь при патологическом течении родов в предлежаниях тазовым концом	986
Техника экстракции за тазовый конец	988
Извлечение за ягодицы	990
Трудности и ошибки при ведении родов в предлежаниях тазовым концом	991
Поворот	992
Комбинированный поворот на ножку при поперечном положении ребенка с помощью наружных и внутренних приемов	—
Поперечное положение без выпадения ручки	993
Поперечное положение с выпадением ручки	—
Выбор руки для поворота	994
Выбор ножки, на которую надо производить поворот	995
Разрыв пузыря	996
Введение внутренней руки	997
Отыскивание ножки	—
Поворачивание ребенка	998
Затруднения при повороте	999
Извлечение плода после поворота	—
Комбинированный поворот на ножку при головных предлежаниях с помощью наружных и внутренних приемов	1002
Техника поворота на ножку при головном предлежании	1003
Наружный комбинированный поворот на головку	—
Способы расширения родового канала	1004
Некроваые методы расширения	—
Метрейриз (маточный баллон) и кольпейриз (влагалищный баллон)	—
Ручное расширение маточного зева	1009
Расширение маточного зева телом ребенка	1010
Расширение с помощью разреза	1011
Плодоразрушающие операции	1012
Перфорация и краниоклазия (краниотраксия)	1013
Перфорация и краниоклазия предлежащей головки	—
Ошибки и неудачи при перфорации и краниотраксии	1021
Перфорация последующей головки	1022
Декапитация	1023
Эмбриотомия (рассечение плода)	1025
Искусственные преждевременные роды и искусственное вызывание родов в конце беременности	1027
Кесарское сечение	1029
Абдоминальное кесарское сечение	—

Техника	1029
Интраперитонеальное абдоминальное цервикальное кесарское сечение	—
Экстраперитонеальное абдоминальное цервикальное кесарское сечение	1033
Классическое кесарское сечение	—
Кесарское сечение по Порро	—
Родоразрешение путем образования маточно-брюшнотеночного свища (Зельхейм)	1034
Способ Порта	—
Оценка различных методов кесарского сечения	—
Опасности кесарского сечения	1035
1. Непосредственные опасности	—
2. Отдаленные осложнения	1036
Влагалищное кесарское сечение	1038
Правовая охрана матери и ребенка по советскому законодательству	1043
1. Охрана труда беременных и кормящих грудью	—
2. Специальные гарантии по Кодексу законов о труде для беременных и для матерей.	1046
3. Жилищные льготы для беременных	1047
4. Специальные льготы для беременных в Уголовном кодексе	—
5. Право жены и ребенка на алименты и на долю в общем имуществе. Ответственность за неплатеж алиментов	1048 1050
6. Оставление без помощи жены или детей и осуществление родительских прав	1051
7. Права жены и детей на наследство	1052
8. Юридические консультации по охране материнства и младенчества	—
Родильный дом, его организация и структура	1054
Основная литература	1069
Предметный указатель	1070

Редактор С. Рафалькес. Техред А. Тропикал. Зав. граф. ч. Е. Смехов. Зав. коррект. Л. Голицына. Ответ. за вып. в типогр. П. Маркелов. Уполномоченный Главлита Б 2449. Биомедгиз 383. МД—15. Тираж 10 200. Формат 62×94¹/₁₆. Печ. л. 347¹/₈. Знак. в печ. л. 52 000. Авт. л. 45,056. Сдано в тип. 9/X 1934 г. Подп. к печ. 28/III 1935 г. Заказ 1012. Цена 9 руб. Переплет 1 руб.

16-я типография треста «Полиграфнига»,
Трехрудный, 9