

СТАЛИНОГОРСКИЙ ФИЛИАЛ  
МОСКОВСКОГО ОБЛАСТНОГО  
КЛИНИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА

Завед. филиалом канд. мед. наук А. Ф. Ташенко

**Д-р С. В. КИСИН**

заведывающий акушерско-  
гинекологическим отделением  
Сталиногорского филиала МОКИ

**„ОСТРЫЙ ЖИВОТ“  
В АКУШЕРСТВЕ  
И ГИНЕКОЛОГИИ**

С предисловием  
заслуженного деятеля науки  
профессора М. С. Малиновского

ГИНЕКОЛОГ

Ср. Тищенко

СТАЛИНОГОРСКИЙ ФИЛИАЛ  
МОСКОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА (МОКИ)

Завед. филиалом канд. мед. наук А. Ф. Тищенко

Д-р С. В. КИСИН

заведывающий акушерско-  
гинекологическим отделением  
Сталиногорского филиала МОКИ

# „ОСТРЫЙ ЖИВОТ“ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

С предисловием заслуженного деятеля науки  
профессора М. С. Малиновского

## ПРЕДИСЛОВИЕ.

Мало удачный термин «острый живот» прочно держится в клинической практике. Очевидно в нем имеется определенная потребность.

Термин «острый живот» говорит врачу о наличии какой-го абдоминальной катастрофы. Сложность клинической картины, притом нередко в сопровождении катастрофического кровотечения, необходимость точных показаний к неотложному вмешательству (оперативный диагноз по Леджару), частые сюрпризы в диагностике, почти всегда неизбежная интервенция в брюшную полость, — вот что встает перед врачом, когда он говорит об «остром животе».

Монография д-ра С. В. Кисина — «Острый живот в акушерстве и гинекологии» — представляет большой интерес притом не только для акушера-гинеколога. Хирург и терапевт найдут в ней для себя также много интересного и поучительного. Появление этой монографии тем более следует приветствовать, что в нашей литературе она является одной из первых попыток осветить заболевание, входящее в главу «острый живот в акушерстве и гинекологии» под определенным углом зрения.

Заслуженный деятель науки

Профессор М. Малиновский.

Настоящая работа обнимает собою ряд заболеваний из области акушерства и гинекологии, которые можно объединить одним термином «острый живот». По вопросу об «остром животе» вообще имеется обширная литература. Но, как это ни странно,—объединение заболеваний по «острому животу» по отдельным дисциплинам—таких попыток имеется пока очень мало. Точно также таких объединяющих работ и по нашей специальности, акушерству и гинекологии, мы почти не встречали. А между тем крайнюю надобность в этом каждый акушер-гинеколог ощущает чуть ли не ежедневно.

Основы общей симптоматологии, диагностики, дифференциальной диагностики, профилактики и терапии могут быть охвачены и более или менее полно изложены, по нашему мнению, только тогда, когда берется не одно заболевание, а целая группа патологических состояний женской половой сферы, относящаяся к этому разделу. Вот почему мы и решили представить настоящую работу, объединяющую в себе разные встретившиеся на нашем материале патологические состояния из раздела «острый живот».

В излагаемой работе мы в начале предпосылаем общую часть, а затем идут отдельные заболевания. В заключении и выводах также дана обобщающая характеристика заболеваний, относящихся к акушерско-гинекологическому «острому животу». В конце работы приведены наиболее интересные истории болезни, протоколы вскрытий, описания препаратов, представляющие особое документальное значение.

Мы приложили образец предлагаемой нами карты для больной с «острым животом». Эта карта, по нашему мнению, внесла бы большую четкость в смысле организации скорой медицинской помощи такой больной. С другой стороны, она помогла бы легче литературно обработать эти случаи.

Работа составлена по материалам акушерского и гинекологического отделений Сталиногорской горбольницы на протяжении последних 4½ лет. Она трактует о тех случаях акушерско-гинекологического «острого живота», в которых было применено оперативное пособие. И хотя наш материал невелик, значительно уступая цифрам, например, крупных клинических или больничных учреждений, все же он имеет свои особенности и преимущества.

В данной работе приводится лишь тот материал, который лично проведен автором этой работы. Лично не проведенные случаи не указываются. И, таким образом, наш маленький материал может выиграть перед крупными цифрами, так как проработаны все детали каждого случая, нам хорошо известно. При составлении этой работы автор отчасти пользовался и данными по своей деятельности в других учреждениях.

Настоящая работа проведена в Сталиногорском филиале Московского областного клинического института под руководством заслуженного деятеля науки профессора М. С. Малиновского.

---

Острые заболевания в брюшной полости, быстро наступающие, бурно протекающие, при которых показано немедленное оперативное пособие в виде чревосечения, представляют собой несомненно большой интерес. Американские авторы этим острым процессам дали собирательное название „acute abdomen“, и термин этот в дословном переводе принят и у нас. Может быть этот термин уже устарел. Возможно, что правильнее было бы говорить об «остром раздражении брюшины», как то предлагает в частности проф. Гуревич Н. И. Но мы сохранили старое название, поскольку, в большинстве работ его так применяют, и он прочно вошел как термин в обиход практического врача. Что говорит последнему термин «острый живот» — на это указывает кратко, но достаточно определенно, проф. Малиновский в предисловии к данной работе. Проблема «острого живота» и сейчас продолжает оставаться очень актуальной. И это вполне понятно, хотя бы по следующей причине.

Для современной диагностики вообще можно пользоваться разными методами распознавания и в том числе лаборатор-

ными данными. Можно большей частью не спешить. Больные находятся в стационаре под наблюдением. Не то с распознаванием «острого живота». Здесь такой подход не применим. Произнести решающее слово, а вслед за этим принять ответственное решение врач должен незамедлительно, пользуясь самыми простыми методами исследования и в первую очередь опираясь на врачебное мышление. Все это надо делать быстро. Откладывать решение вопроса о вмешательстве нельзя. Здесь, действительно, как поворят, выжидание может стать смерти подобным. Своевременно сделанная операция большей частью ведет к исцелению больной. Наоборот, запущенные случаи дают высокий процент смертности, несмотря на блестящую оперативную технику и применение новейших методов лечения в послеоперационном периоде.

Надо признаться, что принять такое быстрое решение умеют не все врачи. Отсюда и частые врачебные ошибки. Между тем распознать в каждом конкретном случае «острый живот» и отнестись к нему с нужной серьезностью должен уметь всякий врач. Ибо больные с такого рода явлениями попадают далеко не только хирургу, а к врачу на здравпункт, в поликлинику, к дежурному врачу по «скорой помощи» и проч. Вследствие неумения своевременно поставить диагноз «острого живота», недостаточной оценки серьезности положения, такого рода больные нередко с запозданием доставляются в стационар. Гораздо лучше было бы, если бы в больницу привозились больные даже с подозрением на «острый живот», чем оставить хотя бы один серьезный случай дома. Как Виккер образно выражается, во всех таких случаях необходимо бить тревогу и ставить больного в госпитальной обстановке, приблизить его к операционному столу. Теперь, когда все расширяется и улучшается постановка дела здравоохранения у нас в Союзе, вопросы своевременной и рациональной терапии становятся особенно актуальными. А при заболеваниях, дающих картину «острого живота», затронутые только что вопросы имеют решающее значение. Правильно указывает Виккер, что не может быть хирургического или терапевтического мышления. Есть лишь единое научное мышление врача. Большое значение, по нашему мнению, будет иметь разработка каждого клинического материала по вопросу «острый живот». Накопленные факты, отдельные детали смогут способствовать лучшему разрешению двух уже приведенных кардинальных вопросов — ранняя диагностика и срочная терапия.

Некоторые поднимают вопрос: можно ли вообще говорить об «остром животе» в акушерстве и гинекологии. Они считают, что раз упоминается этот термин, то надо будто бы иметь в виду только сложные, запутанные в смысле диагностики случаи, случаи без диагноза. Если же последний определен, например, речь идет о внематочной беременности или перекрученной кисте яичника, значит, согласно этому мнению, об «остром животе» уже говорить нельзя. Между прочим такую точку зрения высказали во время защиты этой диссертационной работы профессора Илькевич и Линберг. Однако, такой взгляд вряд ли правилен. В самом деле, представим себе, что доставлена больная с амбулаторным диагнозом «острый живот». Допустим, что в стационаре определена внематочная беременность. Неужели случай перестал быть острым после того, как определен диагноз? То же относится и к другим патологическим состояниям из области акушерства и гинекологии, которые перечислены ниже и отнесены нами к «острому животу».

Надобно отметить, что часто точную диагностику при «остром животе» поставить довольно трудно. Но здесь ведь практически не столько важно установление безошибочного точного диагноза до операции, сколько установление факта, имеются ли в данном случае показания к срочному剖腹сечению или нет. Все равно, каковы бы ни были причины появления симптомов «острого живота» у нашей больной, надо сделать операцию. Будет ли здесь, например, внематочная беременность, яичниковое кровотечение или другой острый процесс. «Это—живот, который надобно вскрыть»—давнишняя медицинская поговорка.

Правильно говорят некоторые (Романов), что при «остром животе» не надо делать, по крайней мере, следующих 3-х ошибок:

- 1) Поздно направить больных в больницу для операции,
- 2) давать слабительное,
- 3) давать болеутоляющее до решения вопроса об оперативной помощи.

Некоторые делят случаи с «острым животом» на 2 формы (Романов):

- 1) так называемый терапевтический «острый живот», не требующий оперативного пособия и
- 2) хирургический «острый живот», где показана срочная операция.

Мы полагаем, что такое деление не соответствует общепринятому пониманию термина «острый живот». Поэтому

в дальнейшем изложении будут приведены только те случаи, которые потребовали операции.

Симптомокомплекс «острого живота» приводится в многочисленных по этому вопросу работах. Это обычно больные, заболевшие сразу приступом острых болей живота. Бывает икота, рвота. Одновременно большей частью отмечается задержка стула и газов. Данные выражены как со стороны общего состояния организма, так и местные данные, получаемые при обследовании живота. Больные большей частью в тяжелом состоянии. Пульс учащен, температура повышена.

Много данных дает систематическое обследование живота. Он большей частью вздут, болезнен при пальпации. Отмечается симптом Блюмберга—значительная болезненность при отнятии пальца, давившего на покровы живота. При перитонитах, например, боли живота настолько бывают выраженными, что больная бережет свой живот, болезненно лежание одеяла на животе. Попытка повернуться на бок также вызывает резкие боли. Это—явления, которые наблюдательный врач должен уловить при одном беглом осмотре больной прежде, чем исследуется живот. Брюшные стенки, главным образом над болезненным очагом, напряжены, отмечается, как французы говорят, *defense musculaire*. В случаях значительного скопления в брюшной полости воспалительного выпота или крови в отлогих частях живота и над лобком определяется притупление перкуторного звука.

Если позволяет время и обстановка, что, к сожалению, бывает нечасто, то подспорье может оказать клиническое исследование крови. Так, при аппендицитах, перитонитах мы наблюдаем лейкоцитоз, при последних даже гиперлейкоцитоз с нейтрофилезом. Степень лейкоцитоза и лейкоцитарная формула дают возможность судить о защитных приспособлениях организма.

Далеко не всегда при заболеваниях с «острым животом» все приведенные симптомы будут выражены резко. Наоборот, при некоторых патологических состояниях отдельные симптомы могут отсутствовать, при других одни симптомы выражены резко, другие очень слабо. Даже в рамках одного и того же заболевания, например, при внематочной беременности, существует большое разнообразие в симптоматологии. Одни случаи протекают так ясно, как по учебнику. При других симптомокомплекс смазан. Задачей клинициста и является не только собирать отдельные симптомы—быть семиотиком, но на основании собранных данных путем врачебного мышления поставить правильный диагноз.

Мы здесь не собираемся приводить все болезненные формы с «острым животом» вообще, так как в нашу задачу входит лишь описание таковых из области акушерства и женских болезней. Попутно лишь скажем, что наиболее частыми заболеваниями с картиной «острого живота» помимо нашей специальности будут: 1) острые перитониты на разной почве, чаще всего аппендикулярные, 2) прободные язвы желудка и 12-типерстной кишки, 3) завороты и ущемления кишечника (грыжи). С ними иногда приходится дифференцировать акушерско-гинекологический «острый живот».

Картину «острого живота» из области акушерства и гинекологии могут вызывать разные заболевания. Это будут: 1) нарушенная внематочная беременность, 2) яичниковые кровотечения, 3) перекрученная киста яичника, 4) перекрученная матка и трубы, 5) перитониты акушерско-гинекологического происхождения, 6) разрывы матки во время беременности и родов, 7) преждевременная отслойка детского места, 8) выворот матки, 9) аппендицит и беременность и проч.

Нужно указать, что симптоматология в смысле резкой болезненности брюшных стенок при пальпации, резкой ригидности их и некоторых других данных при острых хирургических заболеваниях будет гораздо более ярко выражена, чем в акушерско-гинекологических острых случаях. Например, при перфоративной язве желудка живот напряжен как доска, говорят об «огневой болезненности». С другой стороны, при внематочной беременности в общей картине заболевания не столько будут выступать перитонеальные явления, сколько анемия, слабый пульс и проч. При септических перитонитах акушерского и гинекологического происхождения мы неоднократно наблюдали сравнительно мягкие брюшные стенки, небольшую реакцию больной при их пальпации. А эти случаи как раз наиболее тяжелые. Дело здесь, по видимому, в тяжелой интоксикации организма, может быть в особенностях патогенных возбудителей, которые, по данным Бубличенко, обладают и анальгезирующими свойствами. Подобные явления могут ввести в заблуждение врача и дать повод к неправильной диагностике. Можно, следовательно, просмотреть «острый живот» и не указать нужного пособия. Ценными симптомами нередко для дифференциальной диагностики хирургического от гинекологического перитонита могут служить: болезненность при пальпации заднего свода, значительная чувствительность при поднимании шейки матки кверху, часто гнойные выделения с резким запахом.

Перитониты исходящие из гениталий часто, как известно, проявляют склонность к отграничению, стать только тазовыми, так называемыми пельвеоперитонитами. Отсюда и их более мирное течение. Такие случаи в громадном большинстве своем обходятся без оперативного пособия. Эти раздражения брюшины, чаще всего возникающие на почве гонорреи, по выражению проф. Мондора, являются однако нередко конфузными врача в смысле трудности диагностики. Главным образом затруднительно решение вопроса имеем ли мы перед собой только будущий пельвеоперитонит или это разлитой перитонит. Значительные трудности часто представляет дифференциальная диагностика между тазовым перитонитом и аппендицитом. Тут, кроме анамнеза, конечно, решить вопрос должны общее исследование больной и гинекологические данные. Очень высокая начальная температура, боли живота при пальпации ниже расположения аппендикса скорее говорят за придатковый процесс. Надо признаться, что при бывающих в этих случаях напряжении брюшных стенок и резкой болезненности их при пальпации гинекологическое исследование подчас очень затруднено, и данные его весьма неопределенные даже и в опытных руках.

В некоторых случаях у больных с «острым животом» приходится дифференцировать с печеночными, почечными коликами, редко с псевдоперитонитом плеврального или легочного происхождения.

При печеночных коликах боли внезапно начинаются из правого подреберья, иррадиируют в правый сосок, подлопаточную область. При вдохе усиливается болезненность при пальпации в области желчного пузыря, который можно бывает определить увеличенным. Отмечается болезненность кожных покровов и напряжение их преимущественно в правом подреберьи. Больная (а заболевание чаще встречается у женщин: беременность, повидимому, является предрасполагающим к этому заболеванию фактором) ведет себя беспокойно, мечется по кровати. В анамнезе такие же приступы. Последние прекращаются так же быстро, как и начались.

При почечных коликах приступ острых болей начинается со стороны поясницы. Боли иррадиируют по ходу мочеточника, отдают в половые губы. Отмечаются учащенные позывы к мочеиспусканию, нередко с резью. Определяется болезненность при поколачивании поясничной области соответственно больной почке. Кстати сказать, боли эти при явлениях раздражения брюшины не всегда доказательны. Они могут здесь зависеть и от одного сотрясения брюшной

стенки. В моче после приступа болей часто находят эритроциты. Больная может передвигаться, мечется от болей.

Описанные картины печеночных и почечных коликов, к сожалению, в некоторых случаях выражены далеко нерезко и могут создать иногда большие трудности при дифференциальной диагностике. При упомянутых коликах напряжение брюшных стенок и резкую болезненность их при пальпации можно себе объяснить следующим образом. Благодаря раздражению симпатических нервных волокон получается рефлекторная передача на: 1) чувствительные волокна межреберных нервов, что может дать гиперэстезию кожных покровов передней брюшной стенки,—это так называемые зоны Гада, и на 2) двигательные их волокна, что вызывает ригидность мышц.

Есть еще один вид заболеваний, который может иногда симулировать «острый живот» и дать только что описанную картину. О нем подробно говорит Виккер в своих двух монографиях<sup>1)</sup>. Это могут быть близприлегающие к диафрагме процессы—плевриты и плевропневмонии. Всякому врачу, имеющему более или менее значительный стаж (и мы это наблюдали неоднократно), вспоминаются случаи, когда, например, только что прибывшая (легочная) больная будет жаловаться не столько на кашель или покалывание в боку, сколько именно на боли живота. При недостаточно внимательном обследовании больной может создаться впечатление, что здесь поражение органов брюшной полости или даже «острый живот». Объяснить этот передаточный на брюшные стенки рефлекс со стороны прилегающих к диафрагме плевры и части легкого можно по описанному выше для колик механизму. Хотя иногда не так легко выяснить истинное положение вещей, все же этому значительно помогают, как Виккер указывает: 1) несоответствие между чувствительностью кожных покровов и напряжением стенок живота. Имеется определенная гиперэстезия кожи. 2) Несоответствие между перитонеальными явлениями и легкостью в передвижениях больной. Она может без труда сесть. Конечно, необходимо тщательно обследовать легкие, где и обнаруживается пораженный участок.

Доктор Ковтунович дополнительно указывает, что ряд других поражений покровов и внутренних органов грудной клетки также может иногда симулировать «острый живот».

<sup>1)</sup> В и к к е р, „Острый живот“ Пятигорск—1936 г.

<sup>2)</sup> О н ж е. «Диафрагматит и диафрагмальный симптомокомплекс» Ростов-Дон—1926 г.

К таковым помимо уже указанного он относит ушиб грудной клетки, переломы нижних ребер, межреберную невралгию, абсцессы легких, туберкулез и друг. Он же проводит дифференциальную диагностику между, так называемыми абдоминальным и плеврально-грудным комплексами. Ларин и Яуре говорят, что травма позвоночника часто вызывает ряд острых явлений со стороны живота. То же могут в некоторых случаях дать невроленные заболевания, по данным Блументаля, и большие гидронефрозы, по сообщению Лукашина.

## Внематочная беременность.

Переходим к описанию отдельных заболеваний из группы «острого живота». И первым из них, как по частоте, так и по значению, которое ему придается в патологии женской половой сферы и по литературе вопроса, несомненно заслуживает быть отмеченной внематочная беременность. Что литература по внематочной беременности огромна, показывает одна деталь. Известный своей любознательностью и тщательным изучением литературы проф. М. А. Колосов собрал за 8 лет (с 1900 г. по 1908 г.) свыше 1500 работ по внематочной беременности. Естественно поэтому, что и в нашем изложении раздел о внематочной беременности значительно больше, чем другие части работы.

Общеизвестно, что если оплодотворенное яйцо внедряется не в своем надлежащем месте в полости матки, а вне ее, то возникнет эктопическая, внематочная беременность. Местом внедрения яйца в таких случаях могут быть яичник, брюшина, добавочная труба и любое место трубы, начиная от ампулярного и до маточного конца ее. В громадном большинстве случаев плодное яйцо при внематочной беременности оседает в трубе. Случаи яичниковой, а тем более первичной брюшинной беременности относятся к редкостям, и описания их обычно опубликовываются в литературе, как исключительная находка. Проф. Окинчиц подчеркивает известное положение, что практический интерес представляет собой только трубная беременность. Остальные формы встречаются очень редко. Если даже они и наблюдаются, то, по его словам, установить точное распознавание не всегда удастся не только при исследовании больной, но даже на добытом при операции препарате.

Классифицировать разновидности внематочной беременности можно с разных точек зрения. Если указывать место внедрения плодного яйца, то, как это делает Малиновский, можно различать:

- 1) Graviditas tubaria:
  - a) graviditas tubaria fimbriata.
  - b) „ „ ampullaris,
  - c) „ „ isthmica,
  - d) „ „ interstitialis.
- 2) Graviditas ovarica.
- 3) Graviditas abdominalis.

Если рассматривать их по клиническому течению, то раньше различали две клинические формы: более грозную—разрыв трубы и другую—с наклоном к хроническому течению—трубный выкидыш. Верт соответственно этим формам предлагает другую номенклатуру, которой придерживаются новейшие авторы (Малиновский):

- a) наружный разрыв плодместилища, который большею частью бывает при истмальной трубной беременности и
- б) внутренний разрыв плодместилища или внутрикапсулярный разрыв, чаще при ампулярной беременности.

Если говорить о стадиях развития внематочной беременности, то можно привести предлагаемую Чертоком классификацию:

- a) непрерывавшаяся,
- б) свежепрервавшаяся,
- в) давнопрервавшаяся,
- г) поздняя внематочная беременность.

Наконец, по фазам прерывания внематочной беременности различают:

- Haematosalpinx,
- Haematocele peritubaria.
- Haematocele retrouterina.

Случаи с далеко зашедшей внематочной беременностью, второй ее половины, Верт предлагает делить на две группы:

- a) беременность развивающаяся в замкнутом плодном мешке (трубе). Таких случаев—меньшинство. Большая—другая группа,
- б) с открытым плодместилищем.

Последнюю также делят на две группы:

- a) первичная брюшинная беременность. Здесь плодное яйцо с самого начала развивается внутрибрюшинно. Но чаще—

- б) вторичная брюшинная беременность. При ней плодное яйцо уже на ранних стадиях развития вышло

в брюшную полость, но связь послета с внутренней поверхностью трубы б. ч. остается.

Касаясь вопроса частоты внематочной беременности приходится отметить несомненный факт учащения ее за последние 1½—2 десятка лет. Бесспорно, что большие успехи советского здравоохранения, значительное расширение медицинской сети дали то, что многие случаи внематочной беременности теперь вылавливаются, в то время, как раньше они проходили под различными диагнозами. Разбирая в свое время старые протоколы вскрытий Смоленской губернской больницы мы натолкнулись на неоднократные факты, когда больные умирали с диагнозом *apoplexia cerebri, art. coronariae cordis, uraemia* и проч. в то время, как на вскрытии оказывался разрыв беременной трубы, а причиной смерти, следовательно, являлось внутреннее кровотечение. Неоднократно в беседе с нами старые мед. сестры отмечали, что раньше даже опытные гинекологи не оперировали больных с такими клиническими проявлениями, как теперь. Все же одним улучшением диагностики общее увеличение числа случаев внематочной беременности объяснить нельзя. Несомненно они вообще участились.

Проф. Малиновский на своих лекциях упоминает, что по сравнению с прошлыми годами внематочная беременность стала попадаться чаще в 10—15 раз. Окинциц отмечает, что даже в маленькой клинике всегда между больными найдется теперь хоть одна с внематочной беременностью. Верт на основании своего материала процент этой патологии по отношению ко всем гинекологическим больным определяет в 3%. Н. М. Какушкин отмечает за 10 лет колебание случаев от 1,7%—4,5%—в среднем=2,8%. Satho на основании материала Дортмундской клиники за 8 лет (1924—1932 г.) указывает учащение внематочной беременности в 2—3 раза. Возрастные по годам дает Твердовский из Харьковской клиники. Процент внематочной беременности к общему числу произведенных чревосечений по его материалу:

В 1911 г. 1,3 проц. всех чревосечений.

» 1912 г. 2,5 проц. „ „

„ 1913 г. 3,38 проц. „ „

„ 1914 г. 6 проц. „ „

„ 1927 г. 8,16 проц. „ „

Либерберг приводит данные разных клиник:

Ленинградский институт акуш. и гинекологии с 1917—27 гг. увеличение в 3,6 раз.

Ленинградская клиника проф. Скробанского за 1920—1927 г.г. увеличение в 8,6 раз.

Степанов (Самарская клиника)	наблюдал в 1920 г.—20 случаев.
	„ в 1925 г.—50 случаев.
Вачнадзе	„ в 1910 г.—24 случая.
„	„ в 1923 г.—60 случаев.
Казанская клиника	1900—1918 г.—в 1 год по 4 случая.
„	1919—1925 г.—в 1 год по 8 случаев.
Дортмундская „	1912 г. 7 случаев.
„	1917 г. 50 случаев.

В нашем небольшом гинекологическом отделении на 30 коек внематочная беременность встречается нередко. Если в течение некоторого небольшого промежутка времени не оказывается ни одной такой больной, то вскоре таких больных оказывается часто сразу несколько. Просматривая наш материал, мы также должны отметить увеличение количества случаев внематочной беременности. Сопоставляя материал Смоленской губернской больницы с нашими данными, мы видим, что в первом за 1920—23 г.г. на 1000 прошедших через гинекологическое отделение больных, включая аборты искусственные и неполные, было по 4—5 случаев.

В Сталиногорской же больнице мы имеем по годам:

в 1935 г.	12	внематочных беременностей,
в 1936 г.	18	„

что на 1000 проведенных больных в гинекологическом отделении дает от 9—10 больных.

Некоторые авторы процентное отношение внематочной беременности советуют выводить не по отношению к количеству гинекологических больных или произведенных чрезвсечений, а по отношению к женскому населению с чадородной функцией или на количество родов. Нам думается, что эта статистика более правильна еще и вот почему. Абсолютное возрастание количества внематочных беременностей в данном городе не доказательно, т. к. и само население всех наших городов, в особенности крупных, бурно растет. А раз увеличивается вообще число женского населения, то, естественно, увеличится и количество внематочных беременностей. Но и сельское население, ввиду более частой обрабатываемости в город и частого консультирования (связь периферической медицинской сети с городом), также увеличит число этих больных.

Живова и друг. дают такие цифры:

в 1925 г.	1	случай	внемат.	беременн.	на	776	женщ.	с	чадородн.	функцией
„ 1929 г.	1	„	„	„	485	„	„	„	1,44	проц.
„ 1925 г.	1	„	„	„	69,2	родов	—	1,44	проц.	„
„ 1929 г.	1	„	„	„	42,46	„	—	2,35	проц.	„

В нашем городе вывести отношение количества внематочных беременностей к таковому женщин с чадородной функцией является трудным делом. Здесь с одной стороны



Мы полагаем, что суждение на основании операционного препарата о первичной локализации плодного яйца и даже о форме, наружной или внутренней разрыва плодместилища, не так-то просто. В этом мы неоднократно убеждались при подробном разборе наших случаев. Этим может быть и объясняется большая пестрота в статистических данных. К сожалению, патолого-анатомическое (гистологическое) исследование препарата производится редко. Препарат обычно осматривается макроскопически. Обилие сгустков, спаяк может скрыть иногда точечные отверстия трубы. Нельзя никогда исключить возможности одновременного наружного и внутреннего разрыва плодместилища. Вот несколько цифр отношения наружного разрыва плодместилища к внутреннему:

1) Шт кель . . . . .	25
2) Порховник и Витебург . . . . .	21
3) Кисин . . . . .	15
4) Satho . . . . .	21
5) Какушкин . . . . .	21
6) Клейн . . . . .	31:19
7) Кантаревич и Шатерник . . . . .	34:66

Кривский на 1003 случая внематочной беременности в 8 проц. не смог установить точную форму; в остальных.

8) Кривский . . . . .	56,5 проц. : 35,5 проц.
-----------------------	-------------------------

Считавшееся до последних лет редким одновременное совпадение внутри и внематочной беременности, теперь встречается чаще. Нередко в журналах по нашей специальности описываются подобные наблюдения. Улезко-Строганова по этому поводу однажды выразилась, что она не верит такому множеству описанных случаев, и это может будто зависеть от недостаточно добросовестного изучения препарата. Все же много теперь случаев и с подробно описанной гистологической картиной. Gemmel к 1936 г. мог собрать из литературы 217 таких случаев. То же подтверждает и Окинчиц. Нам за 14 лет работы в разных акушерско-гинекологических учреждениях пришлось наблюдать 1 такой несомненный случай. Его описание смотри в приложениях.

Этиологии внематочной беременности посвящено немало внимания, и все же надо сказать, что в этом вопросе еще до сих пор много неясного. Повидимому, прав проф. Ноэне. Он говорит, что принимая во внимание большое разнообразие условий, при которых может возникнуть внематочная беременность, приходится сказать, что непосредственных причин ее много. Резюмируя литературные данные и собственные наблюдения этнологические факторы можно свести в следующую таблицу (смотри таблицу).

# ЭТИОЛОГИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Остановимся на отдельных пунктах таблицы. Большинство авторов считает, что основным фактором в этиологии внематочной беременности являются воспалительные процессы, главным образом труб. Об этом говорят еще старые литературные источники (Исполатов). Наш материал на 79 случаев это подтверждает.

Эберлин указывает, что при подробном расспросе больных с внематочной беременностью удается у 75% в анамнезе

а) Мышечная стенка	Соединительно-тканная инфильтрация. Нарушение функции трубы, се перистальтики.
б) Слизистая	Недостаточная функция мерцательного эпителия. Слушивание перитонеальные сращения, перетубы, смещения.
	Неполноценность мускулатуры. Длинные, извилистые узкие трубы. Обилие складок слизистой. Врожденная непроходимость труб (Марков).
	Не нормальный быстрый рост яича. Раннее развитие имплантационной способности.

I. Воспалительные процессы, главным образом труб (гонококковая и септическая инфекция).

II. Инфантилизм труб (теория Freund'a).

III. Овулогенная теория (Roosten).

IV. Децидуальная реакция слизистой труб.

V. Лактационный период.

VI. Противозачаточные средства.

III. Дистормоноз.

установить воспалительные процессы гениталий. Другие авторы по тому же поводу дают следующие цифры:

Кантарович и Шатерник . . . . .	80 проц.	(На основании гистологических данных).
Züntz . . . . .	75 "	
Dührssen . . . . .	68 "	
Фидлер . . . . .	25 "	
Какушкин . . . . .	22,4 "	
Отт, Кузьмин . . . . .	21—41 "	
Писемский . . . . .	13 "	

Мы непосредственно из анамнеза могли получить указания на воспалительные процессы гениталий в прошлом в 40%.

В то время как некоторые основную причину видят в гонорройной инфекции (Лбанез, Вилли), другие (Груздев, Какушкин) считают, что главным образом виной являются послеродовые и послеабортные осложнения в результате септической инфекции—стафило и стрептококковой. Груздев на 80 случаев внематочной беременности мог установить воспаление, как этиологический фактор, в 82% или в 66 случаях. Из них только в 17 случаях была, повидимому, гонорройная инфекция, в остальных—пуэрперальная. Кантарович и Шатерник на 157 случаев внематочной беременности—только в 5 указывают на гоноррею. Несомненно что после абортных и их осложнений, после разных внутриматочных манипуляций создается благоприятная почва для возникновения внематочной беременности. В нашем материале на это имеется указание в 4-х случаях.

Некоторые ставят в связь внематочную беременность с аппендицитом. В доказательство приводят большую частоту правосторонних внематочных беременностей. Анчелевич приводит материал в 48 правосторонних и 18 левосторонних трубных беременностей. Наши данные в 45 левосторонних и 34 правосторонних случая не подтверждают этого. Но все же нашим случаем, где аппендикс инфицированный в стадии хронического воспаления оказался припаянным к правой беременной трубе, возможность перехода инфекции на трубу и создания благоприятной почвы для возникновения внематочной беременности, в известной степени подтверждается.

Большинство авторов (Малиновский и друг.) держатся теперь того мнения, что основная причина при воспалительном процессе в смысле расстройства транспортного ме-

ханизма оплодотворенного яйца в поражении мышцы трубы. Это они теряют свою функцию, нарушается перистальтика трубы. Прежнее мнение, что основное в изменении слизистой трубы на почве воспаления и серозном ее покрове (перегибы), имеет, по видимому, второстепенное значение.

То, что больные с внематочной беременностью имеют часто в прошлом воспалительные процессы придатков матки, показывают нам чревосечения. Всякому лапаротомисту приходится при этих операциях очень часто наткнуться на воспалительные процессы в тазу давнего происхождения, нередко довольно солидные. И может возникнуть вопрос, каким образом при таких сращениях могла вообще состояться беременность. В свете этого факта становится понятным так называемый относительный период бесплодия. Несомненно, что в этих случаях после маточной беременности произошел воспалительный процесс, который и вызвал вторичное бесплодие в течение некоторого промежутка времени. Но функция трубы восстановилась лишь частично, достаточная только для возникновения внематочной беременности.

Что не только воспалительным процессом в трубах, но и таковым яичников пытаются объяснить наступление внематочной беременности, доказывает теория д-ра Дедова, впрочем не нашедшая приверженцев.

Поскольку внематочная беременность иногда сопровождается кистозным перерождением яичников, автор этот считает, что в этиологии ее может иметь значение воспаление оболочки яичника. В таких случаях лопание граафова пузырька может быть неполным. Яйцо может быть оплодотворено не выходя из яичника. Но тогда представляются 2 выхода. Или развивающееся плодное яйцо начнет пускать разветвления своего хориона в субстанцию яичника. Тогда наступит яичниковая беременность. Или же оплодотворенное яйцо все-таки выйдет из фолликула. Но имплантационные свойства яйца все же наступят раньше прихода его в матку, и произойдет трубная беременность. О такой возможности говорит и Noehne в руководстве Halban u. Seitz.

Теория Freund'a о значении инфантильного состояния труб для этиологии внематочной беременности может быть доказана в ряде случаев. Такова большая Окинчица с повторной внематочной беременностью с несомненно инфантильными трубами. Freund, Frommel придают большое значение недоразвитию труб. Впервые иметь внематочную беременность до родов без отягощенного анамнеза, могут, по их мнению, только больные с инфантильными трубами. Анчете-

вич разным патогенетическим факторам придает, на основании своих случаев, следующее значение:

Воспалительные процессы	(	После родов 10 случаев
		„ абортотв 1 случай
		Гоноррея 1 случай
Аппендицит + правосторонняя внематочная беременность		6 случаев
Предшествующая внематочн. беременность		5
Недоразвитие		11
Не выяснено		9

Клейн, приводя свой материал, указывает на позднее появление месячных в 17—18 лет, как на признак инфантилизма—25% случаев.

Порховник и Виттенбург не советуют переоценивать этот фактор. Мы, на основании своих данных, также большого значения ему не придаем. Если уже говорить о роли инфантильных труб, то, повидимому, не в смысле их уости, длины или извитости просвета. Скорее мы имеем плохую функциональную работу труб, как транспортного механизма, неполноценность их мышечного слоя.

Что непроходимость или недостаточная проходимость труб может быть врожденной, показывают экспериментальные исследования проф. Маркова. Последний работая на трубах новорожденных девочек, мог доказать в известном проценте случаев это явление. Оно же может в последующем вызвать внематочную беременность.

В пользу овологенной теории до сих пор веских данных не представлено, в особенности в смысле доказательств чрезмерно быстрого роста яйца. Попыток для теоретического ее обоснования было сделано немало. Если оплодотворенное яйцо получило рано имплантационные свойства и находится еще вне матки, то оно там должно было бы остаться и внедриться в материнские ткани. Sippel в числе немногих авторов этим рано проявляющимся цитолитическим свойствам эктодермы яйца придает большую роль в этиологии внематочной беременности. Hoehn и другие подчеркивают, что это еще не доказано. Если строго классифицировать случаи, то, собственно говоря, к овологенной теории примыкают и так называемые случаи *migratio ovi externa*. Здесь нетрудно будет объяснить, почему в трубе противоположного яичника с желтым телом образовалась беременность. Ибо если уже через 4—7 дней обычного пути яйцо приобретает имплантационные свойства, то удлинение пути застает его с этими свойствами вне матки.

Замечательный случай с *migratio ovi externa* был уже мною описан в 1926 г. в «Клинической медицине». В нем как бы

сама природа поставила интересный эксперимент (смотри описание случая в приложениях). Случай нахождения желтого тела в яичнике противоположном беременной трубе был у нас и в Сталиногорске.

В последнее время, особенно американские авторы, придают значение децидуальной реакции в трубах. Ряд американских авторов Kline, Alan Moritz, Marion Douglas находили очень нередко в беременных трубах децидуальную реакцию. Но одному случаю с этим приводят также Оппиц, Шнейдер, Ланге в 40% при трубной беременности в беременной трубе определял децидуу. У Зябловой в описываемом одним ею случае отмечалась пышная децидуальная реакция в беременной и небеременной трубе.

Некоторые считают, что раз в трубе имеется децидуа, значит подготовлена почва для внедрения проходящего яйца. В клинике Скробанского Шматок и Осякина исследовали вопрос о децидуальной реакции в фаллопиевых трубах и роль ее в этиологии внематочной беременности. Они нашли при этом децидуальную реакцию в трубах в 21%, в 7% доказали ее этиологическое значение, считая, что децидуальная реакция выражена в трубах с плохо дифференцированной слизистой, у лиц вообще плохо развитых (тяжелые бытовые условия, перенесенные инфекционные заболевания). Проф. Скробанский полагает, что для имплантации оплодотворенного яйца совершенно не обязательно на этом месте присутствие децидуальной ткани. С другой стороны, Линднер, Гичман и Адлер находили децидуальную реакцию в трубах во время месячных. Носбиц указывает, что вообще децидуальные клетки у женщин могут быть найдены не только при беременности. Он полагает, что эта ткань не есть только реакция на беременность, но возникает под влиянием раздражения слизистой матки разными веществами.

Лактационный период может, по мнению Орлова, воздать атрофическое состояние в женской половой сфере, неполноценность труб, а, следовательно, и повести к остановке в трубе яйца. Противозачаточные средства могут создать антиперистальтическую волну в трубах (Малиновский) и тем также повести к внематочной беременности. Но роль последних двух факторов, повидимому, ограничивается весьма небольшим количеством случаев. Так, Гентер отмечает, что за 30 лет врачебной работы он видел лишь 3 раза внематочную беременность у кормящих грудью. Мы видели 2 раза внемат. беременность у кормящих.

Возможно, что некоторую роль в этиологии внематочной беременности имеет и гормональная недостаточность. Профессор Малиновский на своих лекциях отмечает, что, по данным некоторых ученых, гормоны желтого тела создают импульс для перистальтики трубы при проводке ею оплодотворенного яйца. Если представить себе, что этих гормонов выделяется в недостаточном количестве или они качественно неполноценны (Louis Schil), то окажется недостаточной функция трубы, и яйцо в ней останется.

Кантарович и Шатерник полагают, что серийность поступления больных с внематочной беременностью отмечается в определенные времена года, и таким образом эта патология может зависеть и от климатических условий. Но ни эти авторы, ни кто-нибудь другой не представили для подтверждения высказанного положения сколько-нибудь убедительные данные.

На основании имеющейся литературы и личных наблюдений мы отмечаем следующие патолого-анатомические изменения при внематочной беременности.

Хотя при ней матка пуста, все же отмечается гипертрофия и гиперплазия мышечных элементов матки. Слизистая ее дает децидуальную реакцию, конечно, без образования клеточек хориона. Оплодотворенное яйцо находит в трубе плохие условия для своего развития. Вопрос раз'ясняется при рассмотрении гистологического строения трубы и сравнения ее стенки со стенкой матки. В трубе отсутствует подслизистый слой и железы. Слизистая ее оболочка не дает той хорошо выраженной децидуальной реакции, как это бывает при маточной беременности. Мышечный слой трубы гипертрофируется, но, конечно, гораздо слабее, чем стенка матки. Надо вспомнить, что при маточной беременности слизистая матки с 1—2 мм. утолщается до 7—8 мм., превращаясь в мощный вал децидуа. Этот последний, по современным данным, защищает материнские ткани от раз'едания их ворсинками хориона. Плодное яйцо здесь внедряясь остается в толще слизистой, не проходя в мышцы. При внематочной беременности в трубе тоже находят децидуа. Но все это бывает далеко не всегда. Слой децидуа часто развит слабо, отдельными островками. Несомненно, защищать он стенки трубы не сможет. Когда оплодотворенное яйцо в трубе получило имплантационную способность, оно потеряло zona р'uscida и приобрело протеолитические ферменты. Стенка трубы со слабым или отсутствием децидуа не сможет ему противодействовать антитриптическими ферментами. Яйцо

расплавляет слизистую оболочку и за отсутствием подслизистой непосредственно попадает на мускулатуру. Начинается разрушение стенки трубы. По образному выражению Верта, яйцо приготавливая здесь ложе рост себе могилу.

Образующийся на границе между стенкой трубы и плодным яйцом слой фибринозного перерождения и распада (*Nitabuchsche Fibrinstreifen*) все больше узурирует стенку трубы. В последнее время в литературе появились указания относительно одной детали, где происходит первичное внедрение оплодотворенного яйца (Малиновский, Гофман). Происходит ли это на высоте складки слизистой трубы или между складками. При первой разновидности *insertio columnaris* яйцо при нарушении беременности скорее отлаивается. Поскольку оно больше обращено к просвету трубы такие случаи могут дать внутренний разрыв плодовместилища и нет такого разрушения стенки трубы. Яйцо легче может быть вытолкнутым из ампулярного отверстия. Вторая разновидность *insertio intercolumnaris* скорее дает внедрение в мышечную оболочку трубы, узуру ее и наружный разрыв плодовместилища. При внутреннем разрыве последнего рвется тонкая *decidua reflexa*. Получается кровоизлияние в плодовместилище, образуется *mola haematomosa tubaria* — кровяной заплос. Как указывает проф. Малиновский, скопление крови в трубе при этом отличается от скопления другого происхождения тем, что кровь свернулась. В редких случаях так называемых полных трубных выкидышей плодное яйцо с пропитавшим его кровоизлиянием целиком выходит через расширенный ампулярный конец. В большинстве же случаев в трубе даже после изгнания плодного яйца остается кровь, остатки элементов плодного ложа. Продолжается кровотечение из плацентарного ложа. Скопление крови вокруг трубы дает вторую фазу внутреннего разрыва плодовместилища — *haematocele peritubaria*.

И, наконец, третья фаза. Кровь в силу тяжести собирается обычно в наиболее низкой части брюшной полости, в дугласовом пространстве — *haematocele retrouterina*. Термин этот установился еще со времен Нелатона.

Находясь в полости таза скопление крови, благодаря пластическим свойствам брюшины, скоро отделяется капсулой, довольно толстой соединительно-тканной оболочкой. Кровь из скопления плохо всасывается. О причинах этого были высказаны разные предположения. Busse полагал, что этому мешают сгустки крови и элементы плодного яйца.

Но основное, повидимому, в другом. Всякий клиницист знает, как хорошо сравнительно переносит инфекция тазовая брюшина в отличие от верхней ее части именно потому, что всасываемость внизу небольшая. Недаром один немецкий гинеколог высказался хотя грубо, что тазовая брюшина женщины «устойчива как подошва». Плохому всасыванию способствуют также часто сопутствующие внематочную беременность воспалительные процессы в этой области.

При наружном разрыве плодоемности, как уже указано было, происходит постепенное раз'едание стенки трубы. По разному будет протекать процесс в зависимости от того, куда внедряются ворсы хориона в сторону ли свободной брюшной полости или в направлении mesosalpinxa. В последнем случае растущее плодное яйцо получает возможность раздвигать оба листка широкой связки. Оно может дальше развиваться, и нарушение беременности происходит позже, чем при обратном направлении роста. При наружном разрыве плодоемности кровотечение значительнее, чем при внутреннем. Разрыв может достигнуть по своей величине иногда незначительных размеров, его даже легко при чрезвычайном сжатии просмотреть, поскольку он покрывается кровавым сгустком, но кровотечение в брюшную полость может быть значительное.

Причинами наружного разрыва считают следующие моменты:

Труба просто механически растягивается, как растущим плодным яйцом, так и накапливающейся внутри ее кровью. Стенка трубы не может противостоять повышающемуся внутри ее давлению и лопается. Но основным, повидимому, является то, что стенка трубы раз'едается трофобластически.

Плодное яйцо унесенное в брюшную полость вместе с кровью, большую часть погибает, а кровь начинает скапливаться в отдаленных частях живота. Чтобы внематочная беременность не нарушалась, доходила бы до второй половины или даже до конца, для этого, с точки зрения патологоанатомической, требуются особые благоприятствующие моменты.

Как правило, беременная труба с кровоизлиянием располагается кзади от матки, опускаясь в задний свод. Образуется кровоскопление значительных размеров впереди матки редко. Нам за 14 лет работы лишь 5 раз приходилось

наблюдать haematocoele peritubarja в переднем своде со значительным скоплением там крови. Какушкин констатирует 7 таких случаев.

Еще в 1812 г. Ludwig Heim описал клиническую картину внематочной беременности. За истекшие с тех пор 125 лет разрослась по поводу этой патологии огромная литература. Предложены уйма симптомов и мною опорных диагностических точек. По книжке как будто и не трудно определить ее. Но в действительности, наряду с легко определяемыми случаями, во многих из них распознавание встречает большие затруднения даже у опытных врачей. Недаром внематочная беременность слывет среди специалистов за одно из наиболее коварных заболеваний. Невольно вспоминаются свои и литературные данные. Проф. Колосов в своем «Оперативном акушерстве» пишет: «в 1927 г. я дважды выписал больных, положенных под наблюдение, и выписал потому, что пришел к отрицанию внематочной беременности. А через несколько дней обе больные вернулись к нам с явлениями инсульта. Операция показала, что у них была внематочная беременность». Не менее поучительны случаи известного Stoeckel'. Две больные были уже оперированы по поводу внематочной беременности. Через некоторое время они категорически утверждали на приеме профессора, что субъективно они определяют у себя повторно внематочную беременность. Штекель этого не нашел. Вскоре у обеих больных дома наступил инсульт, и только срочной операцией они были спасены.

Из этих случаев вытекает то, что уже с подозрением на внематочную беременность больные должны быть госпитализированы. Они должны все время находиться под особым наблюдением и могут быть отпущены домой только после продолжительной госпитализации и полной уверенности, что этого заболевания у них нет. Даже, если больная была помещена в больницу напрасно, и то лишней койкой, день оправдывается. Он искупается тем огромным риском, которому подверглась бы больная, оставленная дома, где может произойти разрыв трубы со всеми его грозными последствиями. Окинчиц советует держать, в случае надобности, таких подозрительных больных от 2—4 недель, чтобы

они провели в больнице срок, соответствующий периоду месячных. Ибо нарушение внематочной беременности совпадает нередко по сроку с предменструальной гипермисией гениталий.

Самое лучшее было бы диагностировать внематочную беременность в процессе ее роста до нарушения. К сожалению, до сих пор это остается лишь пожеланием. И даже очень опытные гинекологи могут вряд ли похвастаться в этом отношении своими успехами. На 136 случаев операции по поводу внематочной беременности у проф. Окинчица лишь в одном она не была еще нарушена. Приведенный пример достаточно красноречиво говорит о трудности ее диагностики. Проф. Малиновский указывает на некоторые опознавательные пункты ненарушенной внематочной беременности. Данные исследования могут напомнить маточную беременность: синюшное окрашивание слизистой входа во влагалище, некоторое увеличение и размягчение матки. С одной стороны от матки определяется подвижная неболезненная колбасовидная опухоль, мягко эластической консистенции, с выраженной пульсацией в своде. Советую пользоваться симптомом Banki. Введенный в задний свод палец, приподымающий шейку матки к симфизу, вызывает сильную болезненность. Объяснение таково. Внедряясь в стенку трубы, яйцо еще до разрыва плодместилища, вызывает небольшие кровоизлияния. Кровь при своем попадании в задний свод вызывает раздражение брюшины, а отсюда и болезненность.

Ни в клинике, ни на самостоятельной работе, нам не приходилось наблюдать ненарушенную внематочную беременность. Что же касается симптома Banki, то вряд ли он, по нашему, может иметь решающее значение. Большая или меньшая чувствительность заднего свода, при поднятии матки кверху, у многих женщин определяется даже и при объективно нормальных genitalia. Если же принять во внимание столь частые сращения, спайки позади и вокруг матки, то вопрос еще больше осложняется.

Говоря о ненарушенной трубной беременности, Окинчиц указывает, что эта мягкая опухоль, в отличие от яичника, неболезненна. По его данным, рост трубы по лунным месяцам будет следующий:

в 4 недели труба—в голубиное яйцо,

в 8 недель труба—в куриное яйцо,

в 12 недель труба—в гусиное яйцо.

Диагностика ненарушенной внематочной беременности осложняется тем, что она протекает в начале без симптомов. Если такая больная явится на прием, то разве лишь для того, чтобы выяснить причину задержки месячных или с небольшими субъективными ощущениями, характерными для беременности вообще. Несчастье в том, что нарушается эта беременность очень рано, и больная в громадном большинстве случаев уже попадает к врачу с картиной нарушения ее. Хотя некоторые указывают, что явления токсикозов бывают выражены более или менее значительно, нам в громадном большинстве случаев больные на этот счет давали отрицательный ответ. На редкость токсикозов при внематочной беременности указывают и Черток и Цейтлин. Может быть отчасти это следует объяснить опять таки ранним нарушением беременности, когда проявления токсикозов еще не успели сказаться. В большинстве случаев отмечается задержка месячных. Со стороны грудных желез бывают, по мнению многих авторов, обычные для беременности признаки: набухание грудных желез, выступление монгольских железок, пигментация околососковых кружков, выдавливание молозива. По данным проф. Какушкина, последний симптом наблюдался в его случаях очень часто. Мы бы этому симптому не придали бы большого значения (у нерожавших мы бы подчеркнули его значение). Ибо большинство больных с внематочной беременностью — женщины рожавшие, у которых каплю молозива нередко можно бывает выжать и без всякой беременности. Вообще же резко выраженные симптомы со стороны грудных желез мы при внематочной беременности наблюдали сравнительно редко.

Выходит так, говорит Виккер что и отрицание больной, даже настойчивое половой жизни, при наличии картины внематочной беременности, не может служить противопоказанием к производству операции. И я вспоминаю интересный случай из периода моей работы в Смоленской клинике (смотри приложения).

Как указано было выше, смотря по тому налицо ли наружный или внутренний разрыв плодместилища, клиническая картина обычно протекает при них по разному.

При первом отмечается бурное течение, быстро нарастающее и могущее скоро повести к печальному исходу, если своевременно не оказать оперативного пособия. Это именно и будет «острый живот». У женщины среди полного здоровья при небольшой задержке регул, а иногда и без

этого, часто после периода относительного бесплодия внезапно наступает приступ резких болей внизу живота с явлениями малокровия и общей слабости. Боли отмечаются вначале с одной стороны, но потом больные уже болей не локализируют. «Болит весь живот» говорят они. Иногда больная сама указывает, что у нее что-то «лопнуло в животе». Боли нередко отдают в подреберье, плечо, лопатку. Больная жалуется на головокружение, впадает по временам в обморочное состояние, закатывает глаза. Отмечается вялость, апатия, резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых, синюшность губ, иногда холодный пот. Дыхание частое, поверхностное. Температура нормальная или даже ниже нормы. Пульс на лучевой артерии частый, слабого наполнения, иногда он здесь даже не прощупывается. Конечности холодные. Часта рефлекторная задержка мочи. Это все—симптомы общего порядка, характеризующие общее грозное состояние больной. Но и исследование живота дает известные опорные точки для диагноза. Появляется вздутие живота, болезненность его при пальпации, небольшое напряжение его стенок. В случае значительного кровоизлияния отмечается притупление перкуторного звука в отлогих частях живота, преимущественно с больной стороны, и над лобком. Присоединяются и симптомы перитонеального раздражения—тошнота, рвота. Вероятно их следует объяснить и присоединяющейся анемией мозга. Вскоре присоединяются небольшие кровянистые выделения из половой щели, но они могут и отсутствовать.

Итак, резкие боли живота, а затем коллапс и малокровие типичны для этой формы внематочной беременности. Важно знать, что двуручное исследование на высоте приступа дает обычно немного. Если его вообще можно провести из-за трудности сведения пальцев (болезненность и напряжение брюшных стенок), то находят несколько увеличенную матку, а иногда и неопределенную пастозность в своде больной стороны и в заднем своде. Лишь при повторных кровоизлияниях или если излилось много крови, и врач исследует больную не вскоре после начала приступа, находят выпирающими своды. Очень нередко внутреннее исследование в свежем случае разрыва трубы вообще ничего не дает. Неудивительно поэтому, что имеются предложения ряда авторов в таких случаях вообще не исследовать больных или главным образом базироваться на общем состоянии больной, ее анамнезе и жалобах (Эберлин, Haim u. Lederer, Hoehnel). Последний же считает, что здесь двуручное исследование может не толь-

ко ничего не дать, но даже повредить. Остановившееся из-за плода плодного яйца кровотечение может под влиянием исследования усилиться.

При другой разновидности — внутреннем разрыве плодногоместилища имеется склонность к более хроническому течению.

После одно или двукратно выпавших месячных начинаются приступы сильных схваткообразных болей внизу живота, преимущественно с одной стороны, сопровождающихся общим плохим состоянием и самочувствием больной, головкружением. Явления малокровия выражены не так резко и нет такой тяжести в общем состоянии больной, как при наружном разрыве, хотя непродолжительные инсульты бывают. Может быть желтушность склер при длительном течении вследствие всасывания распадающейся крови. Обычно присоединяются кровянистые выделения из половой щели. Живот мягок, сравнительно малоболезнен при пальпации. Нередко впрочем отмечают, в особенности после приступа болей, явления раздражения тазовой брюшины, вздутость живота. Приступы повторяются. Вскоре, в некоторых случаях уже через брюшные стенки, в одной из подвздошных областей удается прощупать опухоль, в особенности при дряблости покровов. Двуручное исследование рядом с маткой с одной стороны определяет малоболезненную опухоль мягкой консистенции (беременная труба + кровоизлияние), плохо контурируемую, местами консистенции замазки, по выражению проф. Малиновского. Опухоль после каждого приступа обычно увеличивается, часто определяется выбухание заднего свода, в котором скапливается кровь — заматочная кровянистая опухоль. Иногда трудно, но все же удается эту опухоль отделить от матки, обычно отклоненной вверх и в другую сторону. Само собой разумеется, что исследование должно быть осторожным. Описаны случаи, когда при выправлении запрокинутой кзади мнимой беременной матки получалось смертельное внутреннее кровотечение из разорвавшегося заматочного кровяного мешка.

Нужно указать, что далеко не всегда каждая из описанных форм внематочной беременности будет протекать и дальше, как она началась. Совсем нередко нарушившаяся внематочная беременность по типу разрыва трубы с тяжелым инсультом будет в течение некоторого времени протекать «мирно» и наоборот. Совсем недавно в наше гинекологи-

ческое отделение была госпитализирована больная с предположительным диагнозом «воспаление придатков матки». Дома были боли и кровянистые выделения, то же продолжилось и в больнице. Никаких инсультов даже отчасти напоминающих собой таковые при внематочной беременности не было. И через 10 дней в больнице лежа на кровати наступил такой инсульт с быстро прогрессирующей анемией, что только срочная операция спасла больную. Таким образом всякая внематочная беременность является в сущности одной из форм «острого живота».

Насколько диагностика в свежих случаях разрыва трубы несложна, настолько при внутреннем разрыве плодместища она часто затруднительна. И здесь распознаванию поможет тщательно собранный анамнез, внешний осмотр, данные исследования. Требуется клиническое иногда продолжительное наблюдение, лабораторные данные.

Остановимся на отдельных явлениях при внематочной беременности, на симптомах указанных разными авторами и, наконец, на дифференциальной диагностике этого заболевания с другими поражениями женской половой сферы.

Начнем с возраста. Приводим некоторые статистические данные в %:

	до 25 лет	26—30 л.	31—40 л.	40 л. и выше
Анчелевич . . . . .	22,8	40,6	26,6	
Штери и Косоогледов . . . . .	13,2	28,4	43,6	1,8
Кисел . . . . .	9	37,4	53,6	

По нашим данным преобладающий возраст больных от 31—40 лет. Обычно это женщины рожавшие. Процент нерожавших колеблется по разным авторам от 10—14%. У нас он равен 11%. Часто в прошлом имел место воспалительный процесс, что явствует, как непосредственно из анамнеза, по данным операции так и по периоду относительно бесплодия.

Какушкин в среднем по своему материалу считает этот

Орок равным . . . . .	5,5 лет
Порховник . . . . .	5 лет
Анчелевич . . . . .	5 лет
Наши данные . . . . .	1 года

О том, что в нашем материале чаще оказалась пораженной левая труба уже упоминалось. Дополнительно укажем, что Вачнадзе, Кривский, Горшков, Порховник и Виттенбург и друг. считают, что чаще поражается правая сторона. Противоположного мнения—Какушкин и друг.

О симптоме определяющем наличие жидкости в брюшной полости по притуплению перкуторного звука уже упоминалось. Конечно, жидкости должно быть достаточно, не меньше одного литра, чтобы ясно получить этот симптом. Важно отметить, что в отличие, например, от асцита притупление перкуторного звука при внематочной беременности с кровоизлиянием обычно так не меняется при поворачивании на другой бок и нет такой волнообразной передачи. Этот симптом мы наблюдали во всех случаях с более или менее значительным жидким кровоскоплением в брюшной полости. Но указываемую Штерном и Косогледовым деталь — колыхания брюшной стенки при перевозке больных или их перекладывании мы не наблюдали ни разу.

Наиболее характерными признаками несколько затянувшейся внематочной беременности всегда считались боли и кровянистые выделения. Боли разными авторами наблюдались:

Степанов . . . . .	в 94,4 проц. случаев		
Тимофеев . . . . .	92	„	„
Примаков . . . . .	83,6	„	„
Черток . . . . .	62,5	„	„
Какучкин . . . . .	49,4	„	„
Клейн . . . . .	54	„	„
Кисин . . . . .	90	„	„

Обморок и шок наблюдались:

Клейн . . . . .	32,5	„	„
Какучкин . . . . .	25	„	„
Гофман . . . . .	24	„	„
Кисин . . . . .	29	„	„

Особо останавливаемся на так называемом *phrenicus*-симптоме. Это есть отраженные боли, главным образом в шею, плечо, вследствие раздражения грудобрюшного нерва, который рефлекторно раздражает веточки шейного и плечевого сплетений. Клейн наблюдал этот симптом в 10,5% случаев. Мы его находили в 12,5%. Одновременно надо подчеркнуть, что мы неоднократно наблюдали этот симптом у больных при продувании труб, при плевропневмониях близко прилегающих к диафрагме и проч.

Кровянистые выделения из половой щели, указывающие на уже наступившее нарушение внематочной беременности, б. ч. бывают небольшие, темные, иногда даже черные. Вместе с ними отходят обрывки децидуальной ткани, по

Малиновскому не чаще, чем в 25%. Канторович и Шатерник это видели в 9%. Клейн наблюдал отхождение децидуа 5 раз. Кровянистые же выделения он отмечал больше, чем в 50%. Какушкин видел их в 82,3%. Мы, как уже указывалось, боли и кровянистые выделения отмечали больше, чем в 90% при хроническом течении. Мы эти два симптома считаем наиболее постоянными и характерными для внематочной беременности. Что же касается децидуа, то мы полагаем бы на этот счет следующее. Для точного определения децидуальных клеток необходимо гистологическое исследование. Если в каком нибудь случае был бы определен наряду с децидуа и хорион, то, конечно, речь идет о маточной беременности (совпадение маточной и внематочной беременности все же представляет собою большую редкость). Но и определение только децидуа не всегда решает вопрос с несомненностью. Описаны случаи отхождения пленок при *endometritis membranacea*, похожих на децидуальную ткань. Поэтому мы не придавали бы этому исследованию серьезного значения. Это, конечно, не значит, что отделяемое из половых органов женщины не должно быть тщательно исследовано, хотя бы макроскопически. Ноehne приводит редкие случаи, когда кровянистые выделения из половой щели бывали настолько сильными, что можно было думать о неполном выкидыше и даже делались выскабливания матки. Несомненно, что такое вмешательство очень опасно, так как оно может, вследствие травмы, дать сильное внутрибрюшинное кровотечение. С другой стороны—есть угроза инфекции.

При нарушенной внематочной беременности имеется в большей или меньшей степени внутрибрюшинное кровоизлияние. И, казалось бы, что чем оно больше, тем и инсульт и общее состояние больной более угрожающее. При наружном разрыве плодоеместилища внутреннее кровотечение обычно большее, состояние больной более тяжелое. Но инсульты бывают и при внутреннем разрыве плодоеместилища. Черток говорит, что и при первом и при втором виде поражения инсульты одинаково часты. И он и Какушкин указывают, что инсульт зависит не столько от анемии мозга, сколько от раздражения брюшины. Это может подтвердить каждый хирург. Действительно, при вскрытии брюшной полости нередко поражаешься тому несомненному ответствию между тяжелой клинической картиной шока и малокровия и малым количеством крови, находимым в брюшной полости. Это подтверждается и другим фактом. Каждо-

му, имеющему большой стаж гинекологу, приходилось не- сколько раз, наверное, в своей практике переживать такой случай, когда у больной при обычном гинекологическом исследовании лопается тонкостенная фолликулярная небольших размеров кисточка яичника. При этом, при хорошо выработанном тактильном чувстве, получается под руками ощущение—журчащего ручейка. Жидкость под напором вытекает в брюшную полость. Больная в это время чувствует иногда большую или меньшую боль живота, лицо бледнеет. Уложишь на приеме же такую больную на 1—2 часа, внимательно за ней понаблюдаешь, и все явления обычно проходят. Отчего зависит в таком случае бледность, наступающая почти мгновенно за разрывом незначительной кисты. Конечно, это не от кровопотери, а зависит от вазомоторного рефлекса со стороны брюшины. Если сравнить силу внутрибрюшинного кровотечения в первые минуты и последующие, то приходится констатировать на основании фактов уменьшение его. Верт указывает, что смерти от внутрибрюшинного кровотечения бывают сравнительно редки по следующей причине. При значительной потере крови кровяное давление понижается, вследствие чего часто на месте разрыва образуется тромб. Поэтому-то так редко при чревосечении можно видеть, как это подтверждает и Губарев, брызжущую артерию.

Значительное внутрибрюшинное кровотечение отмечается и при внутреннем разрыве плододвместилца, если при отделении плодного яйца от стенок трубы вскрываются значительные сосуды. С другой стороны, параллельно может существовать и наружный разрыв, усугубляющий кровотечение.

При внематочной беременности важно исследование пульса и температуры. Мы уже указывали, что для этого поражения издавна считается характерным учащение пульса, а при остром внутрибрюшинном кровотечении—резкое падение его вплоть до того, что он на лучевой артерии не прощупывается. В последнее время отмечают, что характерным будто является учащение пульса при влагалищном исследовании. Указывают и на феномен брадикардии в случаях значительных внутренних кровотечений (Nacke, Busalla и друг.). Это связывается со значительным раздражением п. vagi. Проф. Малиновский считает его за симптом, указывающий на серьезность положения. Мы на своем материале, в случаях значительного внутреннего кровоизлияния, брадикардию наблюдали три раза.

Температура нормальная или ниже нормы наблюдается также в тяжелых случаях. Окинчиц отмечает, что субнормальная температура держится только в период продолжающегося кровотечения. Когда оно закончится—температура поднимается до нормы или становится субфебрильной. По Малиновскому, Клейну, Гофману большинство поступающих больных, главным образом с острыми явлениями имеет нормальную температуру. Однако в хронически протекающих, более тяжелых случаях температура большею частью субфебрильная (Hoehn, Benzel, Гофман). Тоже подтверждает и наш материал. Гофман в свыше 18% случаев имел даже температуру выше 38°.

При беременности вообще и в частности при внематочной характерным считается задержка месячных. Однако при последней это далеко не всегда имеет место, и врач, на основании только задержки месячных, не должен отказываться от диагноза. Не было задержки месячных у:

1) Лвасе . . . . .	41,20%
2) Черток . . . . .	38,80%
3) Гофман . . . . .	33,40%
4) Мартин . . . . .	32,50%
5) Кантарович и Шатерник . . . . .	30,40%
6) Цейтлин . . . . .	30%
7) Виккер . . . . .	25%
8) Горшков . . . . .	18,60%
9) Какушкин . . . . .	16%
10) Кисин . . . . .	8,80%

Задержка обычно бывает небольшая, иногда 1—2 дня. Всегда надо больную тщательно расспрашивать относительно задержки. Очень нередко больная скажет, что задержки нет, ибо 1—2 дня она в расчет не принимает. Более же подробный расспрос выясняет, что хоть маленькая, но все же задержка, в большинстве случаев, бывает. Таким образом становится понятным, почему у нас так редко отмечалось отсутствие задержки месячных. Может быть, если бы другие авторы обращали бы столько внимания на эту деталь, и у них цифры получились бы другие. Некоторые указывают, что нарушение внематочной беременности произошло в ожидаемую менструацию. Мнение Окинчица уже приводилось по этому поводу, также и то, что возможна связь с гиперемией гениталий в эти дни.

Когда чаще всего нарушается внематочная беременность:

По Малиновскому в срок, 4—6 недель,  
 „ Какушкину „ „ 5—6 „

Satio на материале в 228 случаев приводит такие цифры:

Нарушение в 1 и 2 мес. . . . .	65%
„ „ 3 „ . . . . .	27%
„ „ 4 и 5 „ . . . . .	6%
„ „ 6 и больше . . . . .	2%

Наш материал дает чаще всего прерывание беременности в 5—6 недель.

Из отдельных, неупомянутых еще симптомов, предложенных для распознавания внематочной беременности, назовем следующие:

- 1) Симптом почки.—Анурия или олигурия вследствие пониженного кровяного давления в почечных капиллярах.
  - 2) Симптом Wagner'a. Под влиянием впрыскивания питуитрина интравенозно не меняется величина и консистенция матки и не прекращается кровянистая мазня.
  - 3) Симптом Cullen-Hellendal (синюшное окрашивание пупка).—При значительном кровоизлиянии в брюшную полость набитые кровью лимфатические сосуды передней брюшной стенки просвечивают через тонкую кожу пупка.
  - 4) Симптом Solow'y—Соловьева.—Определяется тестоватость в заднем своде там, где ее раньше не было.
- В отношении дифференциальной диагностики надо отметить, что внематочную беременность можно дифференцировать с целым рядом заболеваний. Подробнее см. приложенную таблицу.

Надо подчеркнуть, что все изложенное в этой таблице является лишь схемой, что во многих случаях дифференциальная диагностика внематочной беременности представляет собой большие трудности. Но важно запомнить хотя бы основные черты внематочной беременности и сходных патологических состояний женской половой сферы, и тогда во всяком случае врач сделает меньше диагностических ошибок. Чтобы покончить с клиникой нарушенной вне-

## Дифференциальная диагностика между внематочной беременностью и некоторыми патологическими состояниями гениталий.

Внематочная беременность	Маточный аборт	Воспален. придатков матки	Аппендицит	Перитонит	Наклон. кзади беремен. матки
1. Вялое общее состояние. Шок. Явления малокровия при значительном наружном кровотечении. Редко—тошнота и рвота.	Общее состояние не всегда страдает. Соответствие между общим состоянием и теряемой кровью, которая более значительна. Тошнота и рвота при резком малокровии.	Состояние несколько возбужденное. Явлений малокровия нет.  Тошноты и рвоты обычно нет.	Тоже.  Тошнота, рвота.	Тяжелое общее состояние.  Тоже—значительные.	Общее удовлетворительное состояние.
2. Температ.—норма или близка к ней. Нет других симптомов воспаления. Пульс учащен значительно, не соответствует температуре.	При выкидышах без сильного кровотеч. темпер.—N. Инфицир. выкидыш-темп. и пульс лихорадящ. Выкид. с сильным кровот. темп.—N, пульс соответ. наружн. кровот.	Лихорадка и другие симптомы воспалительного процесса.	Тоже. Лихорадка обычно небольшая.	Тоже. Явления выражены очень резко.	Пульс, температура—N.
3. Приступ начинается внезапно с резкими схваткообразными болями с одной стороны в нижней части живота.	Медленно начинаются средней силы боли, похожие на родовые схватки внизу, в средней части живота.	Боли внизу живота б. ч. с обеих сторон.	Боли преимущественно в правой подвздошной области в точке Mc. Burney. Не так остры, как при внематочной беременности.	Острые колющие боли живота без точной локализации.	Боли встречаются редко и слабо выражены.
4. Незначительное напряжение брюшных стенок.	Нет напряжения.	Только при переходе процесса на брюшину.	Напряжение брюшных стенок только над правой подвздошной областью.	Резкий defense musculaire брюшных стенок.	Нет напряжения.
5. Признаки беременности. Матка незначительно увеличена, сочная, шейка закрыта. Неб. кровянистая мазня. Болезнен. заднего свода при поднимании матки. С одной стороны от матки прощупывается опухоль характерная для внематочной беременности. Чаще всего прерывается в 5-6 недель.	Тоже.  Матка увеличена по сроку задержки регул. Шейный канал раскрыт, большей частью значительное кровотечение. Придатки б. ч. не определяются.  Тоже в 8-12 недель.	Нет.  Матка обычно не увеличена. Прощупываются увеличенные и болезненные придатки. Задний свод м. б. резко болезненен.	Матка и придатки нормальны.  Поднимание шейки матки кверху болезненно.  Инфильтрат прощупывается значительно выше в правой подвздошной области.	Тоже, если вообще удастся большую исследовать и если перитонит не на гинекологической почве.	Признаки беременности. Угол шейки матки кзади. Тело матки округлой формы, гладкой поверхности, более или менее подвижно.
6. При применении аутогемотерапии + 10% CaCl <sub>2</sub> интравенозно кровотечение не останавливается.	Тоже.	Обычно останавливается.			
7. При сильном внутреннем кровотечении обычно мало мочи.	Тоже при сильном наружном кровотечении.	Патологических	состояний со стороны мочеиспускания обычно не бывает.		Затруднение мочеиспускания—один из главных симптомов.
8. Красная кровь—анемия, Белая „ обычно не изменена.	Тоже при сильном наружном кровотечении. Тоже.	Красная кровь	обычно мало изменена. Белая кровь—лейкоцитоз, ускорен. РОЭ, сдвиг влево лейкоцитарной формулы, кроме аппендицита.		Кровь—N.

маточной беременности, нам остается еще остановиться на некоторых методах диагностики и клинике внематочной беременности во второй ее половине отдельно.

Само собой разумеется, что если внематочная беременность шагнула далеко, скажем за 5—6 месяцев, и появились несомненные признаки беременности (выслушивание сердцебиения плода, определение его частей и движений), то будут признаки второй половины беременности вообще. Но чем больше прогрессирует беременность, тем труднее становится распознавание именно внематочной беременности, поскольку плодоемностице занимает большую часть брюшной полости. Как указывает Окинчиц и другие, опознавательными пунктами при ее диагностике могут быть:

1. Рядом с плодным мешком удалось бы определить тело (матки).
- 2) Стенки плодоемностице часто настолько тонки, что через них хорошо могут определяться части плода.
- 3) При массаже плодоемностице не получится ощущения сокращения его стенок.
- 4) При влагалищном исследовании удалось бы найти часто смещенную кверху и в сторону, асимметрично находящуюся *portio vaginalis*.

Очень характерным симптомом многие авторы, в особенности Бекман, считают боли живота. Он даже говорит, что если в последние месяцы беременности женщина жалуется на значительные боли живота, главным образом при движении плода, то всегда надо подумать о возможной внематочной беременности. В нашем единственном случае прогрессирующей внематочной беременности на 7-м месяце также отмечались постоянные боли живота даже вне приступов.

Ложные родовые боли без раскрытия шейного канала, несмотря на длительное их течение, тоже по Бекману могут служить ценным симптомом. Хотя зондирование прощупываемого отдельного тела (матки) является противопоказанным при малейшем подозрении на маточную беременность. Окинчиц все же допускает его для окончательного подтверждения диагноза, если как он выражается «диагноз уже почти определен». И мы однажды в случае описанном в приложениях прибегли к этому способу, чтобы доказать может быть лишний раз, что матка действительно пуста.

Гораздо труднее становится диагностика, когда имеем дело с мертвым плодом. Здесь уже за отсутствием часто субъективных и объективных признаков беременности приходит-

ся вообще доказывать ее наличие. Плод может резко деформироваться, и даже рентген может дать в таких случаях неясный ответ.

Если к рано прерывающейся внематочной беременности приложимо, по крайней мере к некоторым случаям, заявление специалистов выше уже приведенное—коварная болезнь, то тем более это относится к поздней внематочной беременности, со второй ее половины. Здесь диагностические ошибки очень часты. И это хотя бы потому, что вряд ли найдется много специалистов, могущих похвастаться тем, что они видели много таких случаев и могли приобрести в этом опыт. Мне лично пришлось видеть два случая поздней внематочной беременности за время работы в Смоленской клинике и один в Сталиногорске. Последний случай ниже описан. Теперь такие случаи, благодаря хорошо развитой медицинской сети в нашем Союзе, попадают все реже и реже. Или их прогрессирование может быть объяснено грубыми диагностическими ошибками вроде нижеуказанных. Вполне прав Sittner, который говорит, что глава о доношенной внематочной беременности есть вместе с тем глава диагностических ошибок. Трудность при живом плоде не в определении самой беременности, а в отграничении несбереженной матки. По этому поводу проф. Колосов вспоминает давно высказанное Olshausen'ом положение: «В начале внематочной беременности трудно сказать есть ли вообще беременность. Во второй же ее половине факт беременности б. ч. нетрудно распознается, но трудно сказать есть ли она внематочная.»

Как уже указывалось выше, при диагностике заболеваний относящихся к разделу «острого живота» приходится руководствоваться самыми простыми методами исследования. Вспомогательные методы обычно отступают на второй план, почему мы их и ставим в последнюю очередь. Но все же в некоторых случаях они могут служить ценным подспорьем в дополнение к клинической картине.

Одним из таких вспомогательных методов при диагностике внематочной беременности может явиться пробная пункция заднего свода влагалища. Конечно, когда речь идет о случае с острым исходом при наружном или внутреннем разрыве плодместилища с ясной клинической картиной, вряд ли теперь кто-нибудь станет применять этот метод. Но в случаях неясных, затруднительных по диагностике от него отказаться нельзя. И об этом говорят литературные источники не только более старого времени, но и в последнем году (1936) появились статьи с тем же мнением. Гофман

указывает, что и крупные специалисты нередко колеблются: что же это перитонит или внематочная беременность. Проф. Ноейле отмечает, что при помощи пробной пункции можно бывает наипростейшим образом поставить диагноз без сомнения. Проф. Кипарский подтверждает, что в некоторых запутанных случаях — пробная пункция есть крайнее средство, и от этого приема отказаться никак не следует. Крайне важным диагностическим приемом считают пункцию из иностранных авторов Werth, Bumm, Küstner, Stoeckel из наших Марковский, Кипарский, Миронов, Елкин, Цейтлин и друг. Проф. Скробанский в своем учебнике акушерства по этому поводу пишет следующее: «на многих сотнях случаев внематочной беременности мы могли убедиться в точности, а главное в безопасности пункции заднего свода — приема чрезвычайно простую и легко выполнимого». Михельсон, Окинчиц не придают ей значения. Противниками пробной пункции следует назвать и Pozzi, Fritsch, Winter. Если просмотреть текущую литературу, то окажется, что, этот метод довольно часто используется в диагностических целях, начиная от Какушкина в 10,6 % случаев и до Цейтлина, который указывал, что на его материале пробная пункция применялась очень часто. Мы на основании опыта своей работы в Смоленской клинике и в Сталиногорске на 100 с лишним пункций заднего свода считаем в затруднительных по диагностике случаях метод этот простым, оказывающим часто большую услугу. Мы считаем при правильности выполнения техники прокола его и безопасным. По крайней мере нам, как и другим авторам (Черток), не приходилось видеть осложнений в послеоперационном периоде, хотя пункция производилась нередко и накануне операции. Самс собой разумеется, что исключительно основываться на данных пункции вряд ли кто станет, т.к. с одной стороны приходится сталкиваться с случаями, где при операции оказывается внематочная беременность, а пунктата не получается. Кровь просто могла свернуться. С другой стороны, кровь может получиться и из других источников (из кровеносного сосуда, фолликулярное кровотечение или таковое из желтого тела, геморрагическая овариальная киста). Правда, в последних случаях все равно показано чревосечение.

Надо уметь различать пунктат. Кровь ярко-красного цвета, несколько липкая, добытая в незначительном количестве, при обратном выведении иглы, как это указывает Окинчиц, доказательна за происхождение из сосуда. Наоборот, если кровь темная, в особенности если в ней маленькие

сгусточки, добывается она в большом количестве—это говорит за кровоизлияние в своде. Не мешает при исследовании пунктата выполнить предложение проф. Фейгеля: выпустить пунктат в воду, и на дне окажутся сгусточки.

Несомненно, что и простая манипуляция—прокол—должна быть выполнена как следует. Требуется соблюдение тщательной а и антисептики. Мы протираем влагалище спиртом, дополнительно при обнажении зеркалами шейка матки и задний свод протирается спиртом и иодной настойкой. Заднюю губу шейки мы захватываем пулевыми щипцами и подтягиваем ее кпереди и кверху. Этим мы приближаем к себе шейку матки и тем самым задний свод с находящимся в нем кровоизлиянием. Проводить шприц по пальцу другой руки, как это описывает Левит в своей «Оперативной гинекологии», мы отвергаем, как нехирургическую манипуляцию.

Почему кровь в скоплении *haematocoele retrouterina* мало сравнительно свертывается, существует следующее мнение (Herzfeld, Israel). Считают, что в этой крови отсутствует фибриноген при нормальном содержании тромбина. Эта кровь как бы дефибринирована — сыворотка+эритроциты.

Одним из вспомогательных методов в диагностике внематочной беременности предложена была так называемая пирамидоновая проба или известная у нас под названием реакции Антюшиной—Егорова. Предложенная еще в 1918 г. двумя французскими исследователями она была модифицирована у нас упомянутыми авторами, а затем и Мандельштамом. Смысл ее в открытии гематина, который поступает в кровяное русло из кровяного скопления нарушенной внематочной беременности. По некоторым данным проба настолько чувствительна, что дает положительный результат уже с 1/128 % гематина. Окинчиц, Малиновский и другие указывают, что при употреблении свежей перекиси водорода и хорошего пирамидона эта реакция

Раствор 3 см<sup>3</sup>. 5 проц. спиртового раствора пирамидона  
 + 8 кап. 50 проц. уксусной кислоты  
 + 8 кап. свежей перекиси водорода  
 + 1 кап. сыворотки крови больной

при нарушенной внематочной беременности дает фиолетовое окрашивание длящееся 5—8 минут. У одних авторов процент совпадений этой реакции с внематочной беременностью значителен, и юни ее рекомендуют (Иванов). У Мандельштама положительная реакция получалась в 75 %. По дан-

ным Горшкова. этот процент составляет—50. Другие реакцией недовольны. Дикова и Ильина из клиники Какушкина получили положительный результат лишь в 25% случаев. Пофман, Либерберг указывают, что она оказывалась положительной не только у здоровых женщин, но и у мужчин. Schmitt и другие открывали гематин при заболеваниях, связанных с распадом эритроцитов (малярия, пернициозная анемия, септические заболевания, хроническая желтуха, некоторые общие отравления организма). Я заинтересовался этой реакцией еще с 1926 г. во время моей работы в Смоленской клинике. Пользуясь материалом клиники мы испытывали эту реакцию. Одновременно для контроля брались сыворотка крови здоровых женщин, мужчин и ряда терапевтических больных. Получив в части случаев положительную пиридиноновую пробу, когда в внematочной беременности не могло быть и речи, мы как и Лишкин отказались от этой пробы, полагая, что она вряд ли сможет служить ценным подспорьем для диагностики.

В хронически протекающих случаях, конечно, надо сделать полное клиническое исследование крови. За внematочную беременность скорее говорит пониженный процент гемоглобина, уменьшенное количество эритроцитов. Так, по Горшкову клиническое исследование крови в 75 % случаев отмечало падение гемоглобина до 50—60 %, уменьшение эритроцитов до 3.200000. Наоборот, повышенное количество лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, скорее всего укажет на воспалительный процесс. Однакож это не всегда так. Клейн приводит ряд случаев с внematочной беременностью, где в 9,8% лейкоцитоз больше 8000, а в 4,1% он даже больше 10000. По данным Пофмана процент повышенного лейкоцитоза еще больше:

Больше 15000 . . . . .	4,4 проц. случаев
12000—15000 . . . . .	2,2 проц. „
10000—12000 . . . . .	13,3 проц. „
8000—10000 . . . . .	22,4 проц. „

Таким образом свыше, чем в 40% у него лейкоцитоз больше 8000.

Также как и лейкоцитозом при дифференциальной диагностике внematочной беременности с воспалительными процессами придатков пользуются и РОЭ. Некоторое ускорение ее отмечают при внematочной беременности. Но если по Лишценмейеру РОЭ меньше 40 минут, то советуют не оперировать, а РОЭ ниже 35 минут Мандельштам считает характерным для воспалительного процесса.

К сожалению, лабораторные данные могут подвести, и здесь приходится еще раз повторно указать то, о чем уже говорилось выше—в первую очередь при постановке диагноза руководствоваться клинической картиной. Я вспоминаю случаи из Сталиногорской больницы. Случай трудный для диагностики. Пунктат из заднего свода неясный. Анализ крови говорит за воспалительный процесс (опытный лаборант!): высокий РОЭ, лейкоцитоз—12000, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При чревосечении оказалось—внематочная беременность. А случай был не инфицированный.

Мы полагаем, что такие лабораторные данные отчасти тоже подтверждают наиболее частый патогенез внематочной беременности—воспалительный. Мы уже указывали выше, что очень часто при этих лапаротомиях мы находили старые спайки. К ним добавляются новые спайки от излившейся крови. Гиперемия тазовых органов и кровоизлияние активизируют старый воспалительный процесс, а кровь будущей будучи тонким биологическим зеркалом отражает это в виде только-что указанных данных.

Весьма вероятно, что в этом вопросе имеет значение и всасывание крови излившейся в брюшную полость.

Здесь не приведен целый ряд реакций, которые предложены были разными авторами для диагностики беременности вообще и внематочной беременности в частности. Реакции эти химические, химико-биологические или биологические, вроде недавно предложенной проф. Кушталовым пробы над инфузориями. Но при «остром животе» врач, ведь, большей частью может пользоваться наименее сложными методами исследования. К тому же все указанные реакции при интересующем здесь нас диагнозе «внематочной беременности» дают мало положительных данных.

Лечение. Верт говорит, что всякая внематочная беременность должна быть рассматриваема как злокачественное новообразование. Операцию следует производить по возможности скорее. Отсюда следует, что лечение этого страдания может быть только оперативным. Как указывает профессор Малиновский, необходимо сперировать даже в самых тяжелых случаях, когда, повидимому, надежд на выздоровление почти нет. Оперативным путем удавалось и нам спасать больных, которые были доставлены с разорванной трубой *in extremis*. Выжидание у таких больных, пока у них м. б. поднимется пульс, и они оправятся от шока, совершенно

неправильно. В этом отношении тактика у гинеколога при внематочной беременности совершенно отлична от поведения хирурга, скажем при перитоните, когда врач не оперирует, пока не появится пульс, и у оператора не будет уверенности, что больной хоть перенесет операцию. Оперировать надо срочно, как только поставлен диагноз. Гинеколог, по нашему глубокому убеждению, не имеет никакого морального права откладывать операцию хотя бы до следующего утра, раз он убежден в диагнозе. За эту ночь с больной может быть ряд неприятных осложнений. О необходимости срочного оперирования говорит и наш нижеописываемый случай. Известно, что в самых лучших учреждениях, где имеется дежурный операционный персонал, больная может достигнуть состояния тяжелого малокровия, пока будет приступлено к чревосечению. Лично проф. Окунциц наблюдал три случая тяжелого инсульта у больных с внематочной беременностью начавшегося в учреждениях же. Несмотря на немедленно предпринятое оперативное пособие, больные вскоре оказались в очень тяжелом состоянии. Проф. Noehne наблюдал случай, когда труба лопнула при исследовании. Диагноз был поставлен тут же. И хотя вскоре приступлено к чревосечению, в брюшную полость излилось около 2-х литров крови.

Д-р Кедровой (Калуга) сделано было предложение лечить случаи с заматочным скоплением (*haematocoele retrouterina*) при трубной беременности консервативно. Но вряд ли она нашла приверженцев. Никто, ведь, не может быть убежден, что выкидыш из ампулярного конца трубы произошел полностью. Опасность повторных внутрибрюшинных кровотечений, шоков, возможной инфекции кровяного скопления, спаек и ряда других осложнений говорит за необходимость чревосечения. Исключения допустимы разве для инфицированного кровоскопления в заднем своде. Здесь проще будет вскрыть его *per colpotomiam* и поставить хороший дренаж через влагалище.

Итак, для внематочной беременности предпринимается чревосечение. Мы являемся сторонниками срединного разреза от лобка к пупку. В случаях со значительным внутренним кровотечением это ускорит операцию и тем самым уменьшит операционную травму для тяжелых сплошь и рядом больных. При затяжной внематочной беременности такой разрез даст больше доступа к операционному полю и облегчит ориентировку среди сращений. Разрезав подкожный жировой слой, при наличии значительного ма-

локровия, мы отмечаем его резкую бледность. Из вскрытых по пути разреза кровеносных сосудов не течет ни капли крови. Уже при подходе к брюшине при свободном кровоизлиянии в брюшную полость видно, что диагноз поставлен правильно: брюшина имеет синеватый оттенок, просвечивает излившаяся кровь. В случаях затяжных мы иногда и по вскрытии брюшины не сразу заметим кровь. Сальник, этот блюститель порядка в брюшной полости, прикрыл в этом случае полость таза, и только после отделения его от таза, мы убеждаемся, что перед нами внематочная беременность. Направляемся в полость таза рукой одетой в перчатку на предполагаемую сторону, захватываем придатки и по отделении большей частью рыхлых спаек выводим их в брюшную рану. Предложение удалить только плодное яйцо, оставив трубу, теперь вряд ли кто делает. Удаляется беременная труба. Захватывая клеммами трубу с двух сторон—у маточного угла и под ампулярный ее конец—мы этим фактически остановили кровотечение. Теперь можно спокойно работать. Удаление трубы, юбшивание и соответствующая перитонизация культи представляет собой очень несложную манипуляцию.

Мы всегда при операции обращаем внимание на тщательное иссечение маточного угла и, как указано будет, на хорошую перитонизацию культи. Иссечение маточного угла важно потому, что хоть редко, но все же описаны случаи повторной односторонней внематочной беременности в культе трубы, например, Sigwart. В самое последнее время такой случай описан д-ром Рубкевичем из Белорусского медицинского института. Этот автор считает свой случай 15-тым в мировой литературе. Полагаем, что в мировой литературе, вероятно, наберется значительно больше таких описаний.

Источником кровотечения при внематочной беременности, конечно, служат сосуды. Но настоящее артериальное кровотечение, по мнению проф. Губарева, при разрыве беременной трубы относится к редкостям. Нередко при этом оказывается, что кровотечение прекратилось уже само собой. Весьма вероятным представляется то, что кровотечение бывает по преимуществу венозным.

Мы на перитонизацию культи беременной трубы обращаем исключительное внимание, и она очень хорошо выполняется (перитонизация) с помощью круглой связки. Опыт показывает, что невыполнение этого положения нередко ведет

к воспалительным процессам — инфильтратам в культе, лихорадочному течению и проч. В этом отношении показательна разница при рассмотрении материала хирургического отделения и гинекологического. В первых обычно работают хирурги недостаточно опытные в оперативной гинекологии. Они мало внимания уделяют тщательной перитонизации культи придатков. И при хорошем заживлении разреза брюшных стенок у них указанных осложнений получается больше, чем у опытного гинеколога. По этому поводу мы имели случай наблюдать за работой вообще хорошего хирурга оперировавшего и внематочные беременности.

Надо указать, что иногда при чревосечении могут встретиться интересные операционные находки. Представим себе случай внутреннего разрыва плодоемкостилца. При нем часто находят расширенную ампулярную часть трубы с торчащей в брюшную полость частью плодного яйца с кровоизлиянием. Но могут быть случаи подобные описанным Гофманом, о чем уже указывалось. Труба после изгнания плодного яйца настолько сократится, что кроме некоторой гиперемии вообще нет признаков беременности. Врач может не найти источника кровотечения и ищет его тщетно в других органах. У Цейтлина на 835 случаев встретились два таких случая — 0,24%. Кац из Смоленска на более чем 200 случаев *extrauterina* указывает, что в двух случаях за отсутствием видимых изменений в трубах операция сводилась к удалению крови из брюшной полости и ревизии органов. Гофман из клиники Фейгеля описывает 3 таких случая, сопровождавшихся сильным внутрибрюшинным кровотечением. Полная ретракция трубы и остановка из нее кровотечения может произойти только при отсутствии глубоких изменений в мышечном слое (предположительно при вышеописанном *insertio columnaris*). Эти случаи принято называть полным трубным выкидышем. Его признаки во время чревосечения — иницированность трубы, расширение абдоминальное отверстие и выдавливание небольших сгустков из трубы. Такую трубу надо обязательно удалить. В этом отношении упомянутую тактику д-ра Каца следует считать неправильной. Остающийся в трубе трофобласт может и дальше ее разрушить и дать повод к повторному внутрибрюшному кровотечению. Возможно и более редкое явление — злокачественное перерождение остающихся ворсин — хоррионэпителиома.

Как поступить оператору с другой трубой. Если она значительно воспалительно изменена, то, конечно, дело просто. Труба подлежит удалению, как это делается всегда при чревосечении. Но если изменения незначительны. Удалить ли ее, обезопасив может быть большую от рецидива внематочной беременности, как это некоторые советуют, или оставить.

Проф. Малиновский и ряд других авторов при этом выдвигают следующее положение.

При операции по поводу внематочной беременности следует быть по возможности консервативным:

а) оставить яичники.

б) если возможно и вторую трубу. В самом деле: рецидивы повторной внематочной беременности описаны в 3-4,5 % случаев в то время, как в 40 и больше процентах после операции отмечаются совершенно нормальные роды. Таким образом оставление второй трубы вполне оправдывается. Вот статистика некоторых авторов о повторной внематочной беременности:

Контарович и Шатерник . . . . .	20%
Stamm . . . . .	2,70%
Liebe . . . . .	2,90%
Бекман . . . . .	3,10%
Окинчиц . . . . .	40%
Шейтлин . . . . .	40%
Груздев . . . . .	50%
Верг . . . . .	50%
Серебров . . . . .	5,250%
Файнберг . . . . .	6,250%

У нас было всего 2 случая повторной внематочной беременности.

Некоторые авторы (Файнберг, Серебров, Maljeс из Флоренции) пытаются протащить свое предложение удалить чуть ли не обязательно при каждой операции внематочной беременности вторую трубу. Для этого они используют статистику. У них отношение повторных внематочных беременностей к нормальной беременности после операции  $\text{extrauterina} = 1:2$ . То есть, на одну внематочную беременность приходится только 2 родов. А раз так, то заключает Серебров, не стоит мол подвергать такому риску женщину. Несомненно, что этот способ вычисления является искусственным и вполне понятно, что у них % внематочной беременности так велик. Мы никак не можем со-

гласиться с такого рода мнением. Теперь, когда голос советской общественности категорически против оперативного сокращения деторождения, мнение Серебровва особенно недопустимо. Нельзя из-за одного только опасения, что у больной может быть будет внематочная беременность (а может быть и не будет), лишить ее деторождения.

Излившуюся в брюшную полость кровь обычно удаляют—сгустки, жидкая кровь. Полагают, что она может создать хорошую питательную среду для инфекции, и что большие количества ее могут дать температурную реакцию и даже токсические влияния—результат действия продуктов асептического распада крови. Но в последнее время раздаются голоса против тщательного удаления крови. Окинчица указывает, что он убирает только видимые сгустки. Остальную кровь все равно удалить полностью невозможно, а упорное и тщательное вытирание салфетками травматично. Вместе с тем он согласен с мнением Werth'a, что продукты распада крови не совсем безразличны для организма (температура, желтуха и проч.). Анчелевич также указывает, что тщательное вычерпывание крови следует избегать. При этом легко может травмироваться эндотелий брюшины. Вызываемое раздражение ее нервов может рефлекторно передаться центральной нервной системе, что может обусловить шок. По мнению Müller'a кровь при внематочной беременности похожа на менструальную, плохо всасывается и ее не следует оставлять. Мы в своей практике следуем совету Окинчица—удаляем только видимые сгустки крови. А оставление крови мы вынуждены были сделать несколько раз оперируя больных *in extremis*, т. к. считали себя вправе тратить время в брюшной полости только на удаление беременной трубы. Кроме уже упомянутой выше лихорадочной температуры, которая в течение нескольких дней спадает, особых осложнений мы здесь не имели. Больные скоро поправились.

Но в январе 1937 года у нас был случай, который указывает, что оставшаяся в брюшной полости кровь может иногда дать серьезное осложнение. Случай описан в приложениях.

Знаменитый Фор говорит, что в свежих случаях внематочной беременности операция длится у него не более 5-ти минут. Конечно, техника Форва немногим присуща. Но при соответствующем навыке опытный оператор сможет закончить несложный случай за 15—18 минут. Мы категори-

чески против счета лишней минуты при оперировании. Но именно при внематочной беременности, в особенности у ослабленных больных, продолжительность операции имеет значение для ее прогноза. Быстрота оперирования, наименьшая травматизация тканей, тщательный гемостаз, предупреждение охлаждения внутренностей, бдительность в послеоперационном периоде остаются всегда основными моментами для хорошего прогноза операции.

Случаи внематочной беременности протекающие по типу внутреннего разрыва плодоемности мы обычно оперировали под спинномозговой анестезией по рецепту предложенному моим учителем профессором Н. В. Марковым. (Novocaini—0,3; Coffeini natr. benz—0,4; Aq destil. 6,0; беря 2—3 куб. сантим. этого раствора). В случаях же острого внутреннего кровотечения и у значительно обескровленных больных мы считаем спинномозговую анестезию противопоказанной, т. к. она может понизить кровяное давление. Здесь мы даем эфирный наркоз. При осторожной дозировке расхода его незначительный. Буквально от первых капель больные засыпают. Эфир, по нашим наблюдениям, действует у таких больных даже как возбуждающее на сердечно-сосудистую систему, а положение Тренделенбурга является своего рода аутотрансфузией, перекачивая кровь в верхнюю часть тела и в первую очередь к головному мозгу.

В настоящее время, в связи с все большим внедрением в медицинскую практику переливания крови, врач получил в этом методе новый могучий способ в борьбе с резко выраженным малокровием. В грозных случаях наружного разрыва плодоемности трубы мы теперь не беспомощны. Кровь можно взять у донора. Реинфузия крови излившейся в брюшную полость некоторыми отвергается из-за боязни тромбозов, приступов расстройства дыхания и проч. Но многие используют эту утильную кровь с успехом. Külenkampff, Friedemann советуют перелить больной эту кровь смешав ее с физиологическим раствором соли и в соответствующей дозе с лимоннокислым натрием. Проф. Штекель указывает на хорошие результаты, которые он получил при реинфузии крови по предложению Тиса (Thies) у обескровленных больных. Lichtenstein подчеркивает исключительную важность применения реинфузии при внематочной беременности. По его мнению, всегда надо в подходящем случае сделать попытку обратного переливания крови. Работники гинекологического отделения института экстренной помощи им. Склифасовского (Москва) нам рассказали о пре-

красных результатах достигнутых ими с этой кровью. А они пропускают громадный материал по «острому животу» вообще и по внематочной беременности в частности. Благоприятные результаты при обратном переливании крови у 6 больных с указанной патологией получил Гниловых. О реинфузии излившейся в брюшную полость крови у больных с внематочной беременностью говорят Митрофанов и Горшков. Они считают метод реинфузии прекрасным средством при значительных кровопотерях при этом поражении. По их мнению, этот метод не только непосредственно спасает жизнь больных в тяжелых случаях, но здоровье больных после переливания вообще скоро восстанавливается. Послеоперационный период при переливании крови протекает гораздо лучше, чем без такового.

Проф. Малиновский советует использовать излившуюся в брюшную полость кровь вливая ее с физиологическим раствором в прямую кишку. Мы следуя этому совету в некоторых случаях получили хорошие результаты. Переливание крови от донора мы также применили несколько раз при внематочной беременности с резким малокровием. Результаты оказались прекрасными.

Положение, что внематочную беременность надо обязательно оперировать, остается, конечно, обязательным и для случаев прогрессирования ее, срока второй половины беременности. Вопрос разве может встать, когда оперировать. Выждать ли при живом плоде до достижения полной его зрелости или оперировать немедленно. В настоящее время господствующей является вторая точка зрения. и к операции обычно приступают, как только диагноз поставлен. В самом деле угрожающие опасности при хотя бы временном оставлении внематочной беременности очень значительны: возможный разрыв плодного мешка, сращения с окружающими органами становятся все более массивными, возрастает трудность оперативной техники, связанная большей частью с выделением последа и остановкой кровотечения. Кроме того, выжидание, к сожалению, не искупается даже зрелым плодом, т. к. по Winkelю у 50% плодов отмечаются уродства. Можно оперировать в 1 или в 2 темпа. При первом выделяется все плодное яйцо, при втором оставляется послед из-за опасности сильного кровотечения при отделении его.

А что кровотечение при выделении плодного яйца, главным образом последа, здесь будет значительное, в этом может



обычно, несмотря на бывшее значительное малокровие, быстро поправляются. Брюшностеночный разрез б. ч. хорошо заживает. Как пример многочисленных даже провинциальных статистик можно привести данные из Шахтинской больницы (Штери и Косоогледов), из которых видно, что полного расхождения брюшных стенок вследствие нагноения не было ни разу. Нагноения же в 1 шве или гематомы—отмечались на 250 случаев в 7,23 %. У нас примерно получились такие же данные. Смертность при внематочной беременности теперь непосредственно от послеоперационных осложнений будет редким явлением, если не считать тех тяжелых случаев, когда больные доставляются *in extremis*. Поэтому смертей за последнее время гораздо меньше, чем раньше.

Вот для примера статистика смертности у разных авторов:

Какушкин . . . . .	5,8%	(1913)
Сато . . . . .	5,7%	0
Отт . . . . .	4,7%	0
Шаута . . . . .	2,4%	0
Клейн . . . . .	2,3%	0
Кюстнер . . . . .	1,4%	0
Крениг . . . . .	0%	

У нас, на материале Сталиногорской Горбольницы на 79 операций по поводу внематочной беременности смертность равна—0.

Эта статистика касается внематочной беременности вообще и прежде всего прервавшейся ранней беременности. Что же касается поздних сроков, то здесь вследствие уже указанных выше причин статистика гораздо хуже.

До 1910 г. по данным Правосуда результаты были особенно неблагоприятными: на 190 случаев—36,8 % смертности. За последние годы, прежде всего, вследствие улучшившейся оперативной техники, смертность стала гораздо ниже.

Мы уже подчеркивали, что переливание крови в послеоперационном периоде будет могучим фактором в борьбе с анемией и поднятием тонуса сердечно-сосудистой системы. Для той же цели служат интравенозные или подкожные вливания физиологического раствора соли или глюкозы.

По указанию Окинчица, если у больной с внематочной беременностью будет одновременно значительное маточное кровотечение, надо думать о выкидыше. Это потому, что хотя одновременное совпадение маточной и внематочной

беременности—явление редкое, но все же в литературе описано свыше 200 таких случаев.

Из вышеизложенного видно, какими червятами последствиями угрожает больной внематочная беременность. Напрашивается вопрос, нельзя ли профилактическими мероприятиями устранить эту патологию.

Так как юдным из наиболее частых патогенетических факторов внематочной беременности являются воспалительные процессы гениталий, то отсюда вытекает, что на каждый такой процесс следует обратить внимание и соответствующим образом его лечить. Особенно—после уже бывшей операции по поводу внематочной беременности. Кровяные сгустки, жидкая кровь скапливаясь в заднем своде при своем всасывании и обратном развитии нередко прорастают соединительной тканью. Это ведет к сращениям между genitalia и прилежащими органами, а отсюда боли и неправильные их функции. Надо лечить, следовательно, оставшуюся трубу, чтобы она правильно функционировала и не дала бы повторной внематочной беременности. Прав проф. Малиновский, который указывает, что он всегда отпускаемым больным после внематочной беременности советует последующее лечение—грязи, электролечение. Этим мы можем осуществить хотя бы в некоторой степени профилактику внематочной беременности.

Другой профилактической мерой было бы сравнительно раннее вылавливание больных с внематочной беременностью. Если это звучит некоторым парадоксом для крупных наших центров, где больные очень быстро обращаются за помощью и при обследовании в женских консультациях направляются в стационар, то это для глухих мест нашей необъятной родины еще имеет значение. Именно при широком развитии медицинской сети у нас исчезнут или во всяком случае станут исключительной редкостью кое-где попадающиеся случаи прогрессирующей внематочной беременности. Потребуется еще и повышение квалификации врачей, чтобы не допускать таких грубых ошибок, которые имели место в нижеописываемом случае.

Бывают и такие случаи, когда больные оперируются по поводу предполагаемой внематочной беременности, а при следующем чрезосечении произведенном другим врачом обе трубы оказываются на месте. Так было в нижеописываемом случае больной М. Такой же факт мы наблюдали и в МОКИ. В том и в другом случае больные

перенесли уже чревосечение, будто бы по поводу внематочной беременности. При повторном чревосечении найдены обе трубы, в одной из них трубная беременность.

По нашему глубокому убеждению, больная и после напрасно произведенной у нее операции должна быть информирована о том, что у нее было. А то такая больная оперированная уже дважды и имея одну трубу, может быть подвержена повторной внематочной беременности и попасть в больницу с приступом похожим на внематочную беременность. Узнав о 2-х операциях—врач может быть анемезом введен в заблуждение и просмотреть грозное осложнение. Личный престиж врача должен отступить перед интересами больной в таких случаях, и нужно все открыть ей.

## Яичниковое кровотечение.

Еще Martin и Orthmann предложили следующую классификацию яичниковых кровотечений:

- 1) кровотечения из лопнувшего фолликула,
- 2) " " желтого тела,
- 3) гематома желтого тела,
- 4) паренхиматозное кровотечение.

Vasmani делит яичниковые кровотечения на три типа:

- 1) кровотечение из стромы яичника, т. н. апоплексия, наиболее редкая форма,
- 2) из фолликула и
- 3) тоже из желтого тела.

Часто кровотечение в яичник и из него в свободную брюшную полость связывают с понятием «апоплексия». Под апоплексией яичника разумеют остро наступающее кровоизлияние в его паренхиму. Иногда же такое внутреннее кровоизлияние в яичник сопровождается его разрывом и дает внутрибрюшинное кровотечение.

Случаи с апоплексией яичника довольно редки. Еще реже отмечаются разрывы яичника и более или менее значительное кровотечение в брюшную полость. По данным ряда авторов, эти кровотечения часто бывают в периоде предменструальной гиперемии гениталий (Злотвер). Побединский, Топчиева указывают, что чаще кровотечения бывают из молодого желтого тела, чем из лопнувшего фолликула.

Соотношения между внематочной беременностью и другими причинами внутрибрюшинных кровотечений показывают данные приводимые Побединским.

Внематочная беременность дает:

По Fehling'y, Walther'y . . . . .	90—95	проц.	внутренних	кровотечен
„ Живатову . . . . .	89	„	„	„
„ Faure, Siredey . . . . .	100	„	„	„

Окинчиз на 86 случаев внутренних кровотечений только в 2-х случаях отметил кровотечение за счет яичника, то есть в 2,3 %. Д-р Славская доложила Ленинградскому акушерско-гинекологическому обществу о 5-ти случаях яичниковых кровотечений:

- 1 случай из лопнувшего граафова фолликула,
- 1 „ старого желтого тела,
- 3 „ собственно апоплексии яичника.

Fiehofer (Bonn) собрал материал с угрожающим внутренним кровотечением из желтого тела. При чем, поражений правого яичника было в 25 случаях, левого — в 9 случаях.

Baumann из литературы мог собрать 300 случаев более или менее значительных кровотечений из яичника. Из них в 10 % это относилось к девственницам. Cornil etc на основании материала в 250 яичников удаленных при разных операциях при тщательном исследовании гистологически до 18% отмечали незначительные геморрагии в яичниках. Но клинически выраженные кровотечения и у них получались сравнительно редко. Всего 1,2 % всех операций на яичниках.

Лемберг приводит свой материал, где на 1588 больных женщи, оперировавшихся как «острый аппендицит», в 18 случаях обнаружено было овариальное кровотечение. Он же сообщает данные из отечественной литературы по этому вопросу. Так, Крылов из клиники Разумовского (1930г.)

привел 5 случаев овариальных кровотечений, из которых 3 больных оперировались под диагнозом «острый аппендицит». Рапопорт из клиники Грекова (1932 г.) сообщил о 7 случаях, из них в 5 диагнозы до операции были—аппендицит. Кац (1934 г.) наблюдал 6 случаев яичниковых кровотечений, при чем в 4 из них был поставлен правильный диагноз.

Баздырев за один 1935 год, по материалам тульской больницы, наблюдал 4 раза яичниковые кровотечения. Ноут и Meigs за 5 лет имели 58 случаев разрыва граафова фолликула и желтого тела. Мы в Сталиногорске наблюдали 1 случай кровотечения из яичника в брюшную полость. Он описан в приложениях.

Касаясь причин кровотечений из яичника надо сказать, что таковых разными авторами приведено очень много. Тут и месячные с их гиперемией женской половой сферы, гормональный путь, сосудистый рефлекс вследствие нервно-вегетативного влияния, травма, хотя бы в виде коитуса, двуручное гинекологическое исследование, разные инфекционные болезни. Раньше естественно считали (например Соhn) что кровотечение из яичника, вероятно, совпадает с лопанием граафова пузырька, что именно процесс овуляции создает «locus minoris resistentia». Дальнейшая статистика и детальные исследования Р. Мейера, Ашофа и друг. показали, что такие кровотечения как раз бывают очень редко. Чаще бывают предменструальные гиперемии, кровотечения из желтых тел (Lüttge, Pankow и др.). Выдвигавшееся некоторыми видными гинекологами положение, что почти все значительные яичниковые кровотечения являются попросту нераспознанными случаями яичниковой беременности (Fänge, Siredey, Forssner), вряд ли особо доказательно. Существует ряд описаний, где ни о какой беременности не может быть и речи. Например, случай Aczel с описанием сильного внутрибрюшинного кровотечения из яичника у 12 летней неменструирующей девочки. Bode также описал 2 интересных случая внутреннего кровотечения из яичника: 1) у 14-тилетней девочки на следующий день после операции по поводу гнойного аппендицита, 2) у 25 летней девушки. Beck описал случай сильного внутрибрюшинного угрожающего жизни кровотечения из желтого тела яичника у 14½ лет девочки. У нее всего полгода тому назад нерегулярно стали показываться месячные. Таких кровотечений Hedde в своей диссертации приводит 15.

Такой авторитет, как Улезко-Строганова, указывает, что она считает из литературы только немногие случаи доказательными для яичниковой беременности. Некоторые подчеркивают значение пассивной гиперемии яичника при значительном его опущении, воспалительных процессах гениталий, страданиях сердца и легких. Инфекциям придается в патогезе яичниковых кровотечений значение в том смысле, что при них происходит интоксикация организма, изменение стойкости сосудистых стенок (Martin). Под влиянием хотя бы гонорройной инфекции достаточно бывает и небольшой травмы в виде коитуса, чтобы получилось кровотечение в ткань яичника, а затем и брюшную полость.

В некоторых случаях может быть играют роль случайные причины—травма, перекручивание ножки небольшой яичниковой кисты и проч. Но при всем этом разнообразии приведенных причинных моментов напрашивается вопрос. Кроме гиперемии яичника, повышения в нем внутрикапиллярного давления, повидимому, требуются еще какие-то причины на почве которых могло произойти кровотечение из яичника. Ведь в самом деле: и гиперемия гениталий, допание фолликула, развитие желтого тела есть повседневное явление у миллионов женщин, а яичниковые кровотечения являются единичными случаями. И хочется поэтому согласиться с мнением Славской, что все вышеуказанные причины являются, повидимому, лишь провокационными моментами в происхождении яичниковых кровотечений. Настоящая причина по существу еще не выяснена. Может быть правильнее было бы считать настоящей причиной яичниковых кровотечений конституциональные особенности больной, свойства ее сосудистых стенок. И может быть прав д-р Клеицкий, который задает вопрос, не будут ли среди больных с яичниковыми кровотечениями женщины пикнического типа с общим *habitus apoplecticus*.

Патолого — анатомическое изучение получаемых во время операции или на аутопсии препаратов яичников с кровотечением в них или в свободную брюшную полость представляет нередко большие трудности. Макроскопически большей частью что-нибудь разобрать трудно, т.к. излившаяся кровь разрушительно влияет на ткань яичника. Поэтому дать более или менее определенный ответ можно только на основании микроскопической картины срезов. Пользуясь этим способом Улезко—Строганова на основании собственных случаев и литературных данных считает, что яичниковое кровотечение часто бывает из желтого тела. Кровотечения из него

установил при микроскопическом изучении своих случаев и Мандельштам. Логически так и должно быть. Вокруг развивающегося желтого тела находится богато развита сосудистая сеть капилляров. И ему должно принадлежать, как источнику яичниковых кровотечений, 1-е место (Runge). В нашем единственном случае яичникового кровотечения гистологически тоже трудно было решить точно вопрос об источнике кровотечения. Патолого-анатом мог нам только указать, что элементов беременности им установлено не было.

В процессе изучения препаратов разные авторы находили изменения в яичниках с кровотечениями. Pfannenstiel говорит, что кровотечение из яичника может наступить при кистозном его перерождении. Последнее в своих случаях находил Berg. Склероз сосудов находил Lindig. О хроническом воспалительном процессе говорит Urban. Гистологическую картину срезов яичника, в котором постепенно накапливалось кровоизлияние, а потом получилось смертельное внутреннее кровотечение, дает Злотвер. Haematocoele retrouterina понятно может образоваться не только при внематочной беременности, но и при другом источнике кровотечения, например, из яичника. Не рассасывается оно также как и при беременности. Следовательно, это зависит не от присутствия элементов беременности, как некоторые авторы утверждают.

Клиническая картина в случаях яичниковых кровотечений будет зависеть от того, имеем ли мы кровотечение в брюшную полость или нет. В последнем случае явления выражены нерезко. Боли коликообразные, острые могут быть, но они продолжаются обычно недолго, уступая место тупым болям, ноющим в одной из подвздошных областей. Общее состояние удовлетворительное. К группе заболеваний «острого живота» эти случаи не относятся, и потому о них здесь мы не распространяемся. Совсем другое дело, когда имеется кровотечение в брюшную полость. Явления будут те же, что и при наружном разрыве плодместилища трубы: быстрое начало, шок, явления малокровия, чувство напирания на задний проход и проч. Такие случаи обычно диагностируются, как внематочная беременность. Дифференциальная диагностика вряд ли имеет большое практическое значение, т. к. терапия должна быть одной — немедленное чревосечение. Произведенная пробная пункция может дать темную кровь. В случаях после инсульта определяли сбоку, от матки изолированную опухоль округлой формы величи-

ной с куриное яйцо (Мандельштам). У Отта был случай апоплексии яичников обеих сторон, и такие данные были двусторонними. Впрочем некоторыми указываются на детали, которые большей частью могут служить дифференциально-диагностическим отличием от внематочной беременности.

При яичниковых кровотечениях обычно:

- 1) Отсутствует задержка месячных,
- 2) Не бывает сопутствующих кровянистых выделений из матки.

Диагностика часто бывает трудной. Нередко до операции ставятся другие диагнозы, в частности острый аппендицит, как это было в случаях Hoyt a. Meigs, Oeke и друг., и под таким диагнозом больные попадают в хирургические отделения.

Лечение в острых случаях яичниковых кровотечений в брюшную полость, конечно, может быть только оперативным. Немедленное чревосечение по постановке диагноза. Разрез советуем проводить также по средней линии. В случаях небольших разрушений яичника, в особенности в молодом возрасте больной, если нельзя делать простого ушивания его, то — частичная резекция с последующим обшиванием культи. При большом кровоизлиянии в паренхиму яичника и разрыве его, конечно, полное удаление. Последнее и мы предприняли в нижеописанном случае яичникового кровотечения.

## Перекрученная киста яичника.

Если опухоль яичника не сопровождается осложнениями, то ее наличие, как известно, при небольшой величине может не вызывать жалоб, заметных явлений сдавления окружающих органов. Серьезные явления прижатия станут выраженными только при достижении кистой больших размеров. Но главная опасность всех подвижных кист это перекручивание их ножки, поворот ее вокруг своей оси. Незначительное перекручивание не вызывает серьезных явлений у больной. Например, некоторое перекручивание ножки примерно до 90°, по мнению отдельных исследователей,

может наблюдаться уже при выхождении опухоли из малого таза в брюшную полость. В пределах 120-180 градусов клинические явления перекручивания уже начинают сказываться значительно. При перекручивании ножки более, чем на 180 градусов, симптомы уже будут ярко выраженными, ибо сжатие сосудов проходящих в ножке также значительно. Тогда то случаи по своей клинике могут быть отнесены к разделу «острый живот». В литературе описаны случаи с перекручивание ножки больше, чем на 1000°.

Впервые по данным Августа Майера известный патологоанатом Rokitansky отметил на трупе перекрученную кисту яичника. Статистики перекручивания кист у разных авторов различные в зависимости от материала их. Отчасти может быть это происходит потому, что не все они одинаково считают самое перекручивание ножки. Если считать за клинически выраженные случаи перекручивания таковые от 180° и выше, то окажется 10-15%. Francqé дает статистику перекрученных кист в 15-20%. По Липману дермоидные кисты перекручиваются в 10,6%. Материал Хечниова будет 11 перекрученных кист на 168 случаев или 6,5%. Аршев описал 5 случаев перекрученных кист яичника.

Причин вызывающих перекручивание кист яичника приведено было много. Уже выше указано было, что небольшое перекручивание ножки опухоли происходит при поднятии кисты из полости таза. Далее называют ряд причин, начиная от перистальтики кишечника, поноса, рвоты и до внезапных перемещений опухоли в связи с резкими движениями. Küstner полагает, что такое казалось бы малое влияние, которое может оказать перистальтика кишечника, но если она действует годами, может дать значительное перекручивание ножки кисты. Жюли из клиники Ольсгаузена действительную причину этой патологии считает заложенной уже в самом росте кисты. При своем росте она естественно должна подняться из таза в брюшную полость, где может наступить перекручивание. Среди способствующих этому моментов некоторые различают внутренние и внешние причины:

К первым относятся уже упомянутый рост кисты и поднятие ее в свободную брюшную полость из таза. Ко вторым причисляют вредное влияние кашля, рвоты, давления каловых масс, резких движений, пальпации живота больной врачом.

Различают постепенное перекручивание ножки опухоли и острое. При постепенном перекручивании могут сыграть

роль указанная перистальтика кишечника, неравномерный рост опухоли, отчего перемещается ее центр тяжести и наступит закручивание ножки. Острое перекручивание опухоли могут вызвать резкие движения—езда верхом, езда по плохой дороге, танцы, разные травмы тела вообще и живота в частности. Беременность, роды и послеродовый период также способствуют возникновению этой патологии. Во время беременности опухоли отодвигаются маткой в брюшную полость, становятся более подвижными. А практика учит, что чем длиннее ножка и подвижнее опухоль, тем легче она перекручивается. В послеродовом периоде внутри-брюшное давление резко падает, передняя брюшная стенка дряблая, а это при длинной ножке, шарообразной форме кисты опять благоприятствующие моменты для перекручивания. Т. к. эти условия обычно бывают у повторнородящих, то вполне понятно, почему статистика показывает, что чем больше рожала женщина, тем чаще и легче опухоль перекручивается. Среди других причин перекручивания ножки называют сращения, водянку живота. Очень большие и малые опухоли перекручиваются скорее, чем кисты средних размеров, однокамерные кисты—легче чем многокамерные.

Как видно, недостатка в приводимых причинах перекручивания ножек кист нет. Но можно ли в каждом конкретном случае сказать, что собственно тут послужило причиной перекручивания. На этот счет приходится скорее дать отрицательный ответ. Хечинов на 11 случаев перекрученных кист мог только в 3-х более или менее определенно указать, что перекручивание произошло после физического напряжения. Разбирая наш материал мы на то же количество случаев перекручивания только в двух случаях причину можем непосредственно связать с резким движением. Но если принять во внимание, что больные вообще начало своих заболеваний весьма охотно связывают с травмой, что достаточно по Küstner'у юдной лишь перистальтики кишечника, что люди вообще ведь двигаются, то понятна будет шаткость этого утверждения. Мы полагаем даже, что все приведенные многими авторами причины вряд ли действуют единочно, что в каждом случае перекручивания ножки кисты действует группа причин, что многие из этих причин вряд ли имеют большое практическое значение. Полагаем, что профилактически мы можем бороться разве в том смысле, чтобы диагностировав кисту настаивать перед больной, чтобы она подверглась операции, не допустив перекручивания ножки опухоли.

Возможно, что у некоторых больных существует известное до сих пор трудно объяснимое предрасположение к перекручиванию кист яичников. Это может подтвердить случай повторного перекручивания яичников у одной и той же больной. Например, Charles Baron (Америка) описывает случай перекручивания нормального яичника у больной на 2 оборота. Произведено чревосечение с удалением яичника. Через 3 года у той же больной произошло перекручивание (другого) яичника с трубой на полтора оборота с разрывом яичника. Повторное чревосечение.

Вряд ли особенно ясен механизм перекручивания ножки опухоли. Большинство авторов считает, что перекручивание большей частью происходит по направлению часовой стрелки. Проф. Губарев на основании своих случаев этого положения не мог подтвердить. У него получалось почти одинаковое количество случаев перекрученных кист по и против направления часовой стрелки. Наш материал, в 11 случаев, в 80% дает перекручивание ножки по часовой стрелке. Говоря о механизме перекручивания ножки, мы приведем здесь несколько существующих теорий.

Одни (Jolly), принимая во внимание форму развития опухоли, находящие центра вращения (воображаемой точки, вокруг которой опухоль совершает поворот) и то где развивается опухоль спереди или сзади от широкой связки, различают две возможности. Или произойдет супинация, и тогда киста повернется вокруг своей ножки по часовой стрелке. Или будет пронация, и поворот произойдет против стрелки. Проще эти два поворота станут ясными из приложенной схематической таблички.

Зельгейм предложил свою теорию перекручивания ножки опухоли по инерции. Представим себе, что тело больной проделывает резкий поворот, например, при танцах. Это движение передается также и кисте яичника. Но в то время, как тело останавливается, киста может продолжить еще поворот вокруг своей оси по инерции, и произойдет перекручивание.

Другое объяснение механизма перекручивания предложил Raug — гемодинамическое перекручивание. При незначительном перекручивании ножки больше сдавливаются вены, чем артерии. Следовательно, по ножке приток крови в кисту еще будет мало затруднен, а отток уменьшится. Напряжение в венах увеличится, их стенки станут более набухать, растягиваться, извиваться вокруг лежащих рядом артерий,

а это будет способствовать еще большему закручиванию ножки.

Есть указание Küstner'a, что правосторонние кисты пере-  
кручиваются против хода часовой стрелки, а левосторон-  
ные наоборот. Мы на своем материале хотя и небольшом  
этого подтвердить не могли. Такое же впечатление полу-  
чается и при изучении статистических данных других ав-  
торов. Наоборот, теориям Sellheim'a и Payer'a мы склонны  
придавать большее значение.

По степени перекаручивания ножки кисты в сравнении,  
например, с Хечиновым получаются такие данные:

Хечинов	Кисин
2 × 180°	3 × 180°
1 × 270°	2 × 270°
4 × 360°	3 × 360°
1 × 450°	1 × 450°
3 × 720°	2 × ?
11 случаев	11 случаев

В состав ножки кисты яичника, как известно, входят  
3 образования: 1) труба, 2) lig. infundibulo-pelvicum, 3) lig ovarium  
proprium. Как уже выше указывалось, при перекаручивании  
ножки кисты прежде всего сдавливаются тонкостенные вены.  
Получается значительный венозный застой: приток крови  
при малом, а то и полном отсутствии оттока ее. Опухоль  
увеличивается иногда резко вследствие трансудации. Может  
присойти (обычно это бывает при значительном закручи-  
вании ножки) кровотечение в брюшную полость. Последнего  
явления в нашем материале не было ни разу. Но кровоизлия-  
ния внутри перекарученных кист у нас отмечались нередко.

Но даже и без разрыва кисты более, чем в половине слу-  
чаев, при перекаручивании ножки наступают перитонеальные  
явления. Вследствие плохого питания (сдавливание ножки)  
стенка кисты начинает страдать. По окружности опухоли  
при значительном закручивании поверхностный эпителий рас-  
падается. В тяжелых случаях получается даже его омертв-  
ение. Поверхность кисты становится клейкой. Тогда образу-  
ется слипчивый воспалительный процесс: сначала склеивание,  
затем и интимные сращения с окружающими органами и  
чаще всего с сальником и кишечником. По сращениям от  
окружающих тканей образуются новые питающие сосуды. А

они способствуют дальнейшему росту опухоли. Сращения могут даже повести к ущемлению кишечника. Присоединяющаяся от него инфекция может дать нагноение кисты и даже вызвать смертельный перитонит. Цвет значительно перекрученных кист с кровоизлиянием—темно-красный, иногда серо-черный. В них отмечают явления застоя и даже некроза. При микроскопическом исследовании таких кист Хечинов находил имбибицию кровью, частичный некроз, выделение кровяного пигмента в виде зерен. Содержимое кист, по этому автору, в большинстве случаев с примесью крови. При очень большом перекручивании ножка кисты может значительно истончиться, а в некоторых случаях чрезмерного перекрута повести даже к полному отделению опухоли. Тогда опухоль либо сморщится, либо дальше будет расти, получая питание через сосуды в сращениях с окружающими органами. Воскресенский описал такой случай, когда шаровидная киста яичника величиной с полтора мужских кулака  $2\frac{1}{2}$  раза была перекручена вокруг своей ножки. Сосудистая ножка была даже затромбозирована. А опухоль получала питание через новообразованные сосуды в спайке с сальником. Примерно такой же случай приводит Груздев. Файн передает о случае полного отделения правосторонней дермоидной кисты от гениталий. Ножка перекручена была на  $3\frac{1}{2}$  оборота по ходу часовой стрелки. Питалась опухоль за счет сосудов в сращениях с сальником и аппендиксом.

Мы также среди своего оперативного материала в Сталингорске имели 1 случай полного отделения левосторонней дермоидной кисты от половой сферы. Величиной с мужской кулак она вся была окутана сальником, откуда по многочисленным сосудам получала дальнейшее питание.

Иногда перекручиванию ножки кисты сопутствует скручивание матки, как это было в случае приводимом Proust et Déroide.

Выше уже было указано, что небольшое перекручивание кисты яичника не вызывает заметных явлений у больных. Более или менее выраженные клинические данные начинают отмечаться при перекручивании ножки больше, чем на  $180^\circ$ . Это положение мы могли подтвердить и на нашем материале. Чем на большее число градусов киста повернута вокруг ножки, тем значительнее могут оказаться последствия. При этом жалобы больных таковы, что требуют срочной оперативной помощи.

Приступ сопровождающий перекручивание ножки кисты большей частью начинается внезапно со значительной болью

внизу живота, чаще с одной стороны, тошнотой, иногда рвотой, задержкой стула и газов, повышением температуры, явлениями раздражения брюшины, иногда шоком. В анамнезе у больной, если врач раньше не устанавливал опухоли, может быть указание на «шарик» или «желвак», который до этого свободно перемещался по животу. Последний обычно несколько вздут, болезненен при пальпации, в особенности в своей нижней части. Там же большей частью и прощупывается опухоль. «Когда нам доводится видеть — пишет Виккер — приступ острых болей живота и при первом же исследовании удается явственно ощупать в нижней части живота резко очерченную опухоль, в таких случаях всегда приходится подумать о возможном перекручивании ножки опухоли, чаще всего кисты яичника».

При кисте небольшой величины без перекручивания установить ее связь с маткой, определить ножку кисты обычно не представляет особых затруднений. Опухоль яичника большей частью округлой формы, тугоэластической консистенции. Если ножка кисты определяется неясно, можно воспользоваться описываемым в руководствах приемом. Нам лично он помог во многих случаях выяснить диагноз. При этом приеме опухоль через брюшные стенки оттягивается руками вверх от входа в таз, а пупевыми щипцами тянут шейку матки вниз. Ножка кисты при этом напрягается, потягивание передается на опухоль, что дает возможность поставить точную диагностику. Важно запомнить следующий факт. Практика учит, что кистовидные опухоли брюшной полости у женщин большей частью оказываются кистами яичников.

При перекрученных кистах диагностика труднее. Самоисследование из-за сопутствующих перекручиванию ножки воспалительных явлений, раздражения брюшины, сращений с окружающими органами болезненно и затруднено. Подвижность перекрученных кист обычно небольшая. Описанный выше метод распознавания допустим здесь разве с соблюдением осторожности. И указанные симптомы перекрученной кисты яичника выражены далеко не всегда так ярко, как раньше указывалось. Клиническая картина перекрученной кисты многообразна. Иногда симптомы совершенно не выражены, и случайно обнаруживается перекрученная киста при чревосечении или на секционном столе.

С точки зрения клинической картины также можно различать случаи острого перекручивания и хронического. Первое обычно связывают с физическим напряжением.

Все явления протекают остро при нем: тошнота, рвота, иногда шок, учащенный пульс, озноб и повышение температуры, задержка стула и газов, вздутие живота, сильные боли. При хроническом перекручивании кисты явлений мало, и они не проявляются бурно.

Хечинов на своем материале в 11 перекрученных кист отмечает—5 случаев остро протекших и 6—хронически. У нас соответственно получаются цифры—6 и 5.

Приступ сопровождающий перекручивание кисты может продолжаться несколько дней. Если он затягивается дольше и клинические явления значительны, то обычно это указывает на нагноение кисты.

При перекручивании кисты яичника нередко отмечаются кровянистые выделения из матки. Эти кровотечения связывают с коллатеральной гиперемией. Некоторые авторы наоборот отмечают аменоррею (Fränkenheim, Schulz). Указывается также значительное увеличение опухоли вскоре после наступления приступа. Опухоль тогда, что называется, растет на глазах. Последнее, конечно, следует объяснить нарушением кровообращения.

Раньше отмечали наиболее часто перекручивание яичниковых кист у лиц физического труда. По Mayer'у перекрученные кисты чаще находят у деревенских жителей. Хечинов на своем материале о профессии больных сообщает:

#### Н а ш и д а н н ы е

Домашних хозяек . . . . . 5	Домашних хозяек . . . . . 3
Учительниц . . . . . 1	Учащихся . . . . . 1
Дом. работниц . . . . . 1	Работниц . . . . . 4
Крестьянок . . . . . 3	Колхозниц . . . . . 3

Принимая во внимание описанное многообразие причин вызывающих перекручивание ножки опухоли, мы не думаем, что детальное выяснение профессии больной могло бы иметь в данном вопросе особое значение.

Средний возраст для больных с перекрученной кистой яичника по Mayer'у равен 39,8 годам. Но опухоли могут перекрутиться в разном возрасте. Так, на нашем

материале больные встречались от 19—65 лет. Ниже приводятся описания случаев перекручивания кисты яичника у 18-тилетних девиц.

Х е ч и н о в		К и с и н	
До 30 лет . . . . .	4	До 30 лет . . . . .	8
„ 40 „ . . . . .	2	„ 40—50 лет . . . . .	2
„ 50 „ . . . . .	1		
Свыше 50 „ . . . . .	4	Больше 60 лет . . . . .	1
11 случаев		11 случаев	

Из приведенных данных видно, что % молодых женщин с перекрученными кистами у нас высокий.

По количеству родов наши больные распределяются так:

Неродивших . . . . .	3
1 роды . . . . .	2
2 „ . . . . .	3
3 „ . . . . .	3

Таким образом достоин внимания факт малого числа родов у наших больных.

Какого либо преобладания одной стороны поражения перекрученной кисты мы отметить не могли:

	Правосторон.	Левосторон.
Х е ч и н о в . . . . .	7	4
К и с и н . . . . .	5	6

Чаще по статистикам разных авторов перекручиваются однокамерные кисты.

Величина перекрученных кист у нас колебалась от мужского кулака до величины матки при доношенной беременности. По количеству перенесенных приступов при перекручивании—от 1-4.

Величина перекрученной кисты:

До величины мужского кулака . . . . .	1
„ „ 10 л. новорожденного . . . . .	5
„ „ 6 мес. беременности . . . . .	3
„ „ 7 „ „ . . . . .	4
„ „ доношенной „ . . . . .	1

При распознавании перекрученных кист нередко дифференциальная диагностика представляет собой известные затруднения. При кистах большой величины надо помнить и об асците и о беременности с многоводием. Обычных симптомов наружного исследования при большой беременности — определение частей плода и выслушивание его сердцебиения — можно и не находить. Помогают другие признаки беременности и то, что шейный канал к концу беременности при многоводии обычно пропускает 1-2 пальца. При асците характерным считается притупление перкуторного звука по сторонам живота, при кистах — по средней линии. При небольших кистах иногда приходится дифференцировать их и с аппендицитом. Именно здесь надо еще и еще раз подчеркнуть, что у женщин иногда ставится диагноз «острый аппендицит», а при операции обнаруживается гинекологическое заболевание — острое воспаление придатков матки, перекрученная киста яичника и проч. Но если при перекрученной кисте показания к срочной операции также настоятельны, как при остром аппендиците, то с острым воспалительным процессом придатков матки с высоким РОЭ, лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, дело обстоит совершенно иначе, и при нем, собственно, и не полагается оперировать. Отсюда следовало бы всем хирургам, не обладающим хорошей техникой двуручного гинекологического исследования, обязательно консультировать с гинекологом всех женщин с предполагаемым острым аппендицитом. В надобности подобного рода консультации каждому опытному гинекологу приходится нередко убеждаться. Вспоминается ряд случаев диагностированных как «аппендицит», где после операции отмечалось обострение воспалительного процесса придатков матки, который до операции распознан не был. Такие больные бесконечно посещали поликлинику, жалуясь на значительно большие боли чем до операции. Все симптомы при перекрученной кисте яичника — боли в виде острого приступа, повышенная температура, рвота, лейкоцитоз могут быть как и при аппендиците. И причину ошибок нетрудно выяснить. Это прежде всего потому, что перекрученные опухоли часто небольшие. Далее эту ошибку нередко делают у девиц, т. к. у них нельзя делать влагалищного исследования, а данные добытые ректальным исследованием — неясны. В особенности трудна становится диагностика перекрученных кист у малолетних девочек, когда об этой патологии вряд ли кто думает. Об одном случае перекрученной кисты у 6-тилетней девочки сообщает Heinze. Вместо предполагавшегося аппендицита обнаружена была

перекрученная киста яичника величиной больше куриного яйца с перекрутом свыше чем на 180°.

Ranzi приводит 4 случая, которые оперировались под диагнозом острого аппендицита (хирургическая клиника Eiselsberg'a в Венском университете), а на операции оказалось:

- 1) 2 случая перекрученной правосторон. кисты яичника,
- 2) 1 случай перекрученной паровариальной кисты,
- 3) 1 случай перекрученного правостороннего гидросальпинкса.

И я вспоминаю случай за время моей работы в Смоленском мед. институте. Меня пригласили в хирургическую клинику проконсультировать один случай шедший под предположительным диагнозом «острый аппендицит». Диагноз ставился там наверняка.

Уже при более подробном расспросе больной выяснилось, что с год тому назад у нее также был приступ острых болей живота, после чего определена была киста яичника. Речь шла о 18-тилетней прекрасно сложенной девственнице с очень упругими брюшными стенками. При чревосечении подтвердился поставленный еще до операции мною диагноз — перекрученная киста правого яичника. Величина его была с гусиное яйцо.

Подобный же случай перекрученной кисты у 18-тилетней девицы описал Bonachi (Бухарест). Neugebauer демонстрировал удаленный при операции препарат перекрученной паровариальной кисты величиной с яблоко. Киста отмечалась при исследовании у больной на такой длинной ножке и подвижной настолько, что ее можно было сместить до печени.

Иногда приходится дифференцировать перекрученную кисту яичника даже с тазовым перитонитом. Может помочь перкуссия, которая при перекрученной кисте даст притупление звука над опухолью, а при пельвеоперитоните будет вследствие приращенных петель кишек над ним — приглушенный тимпанит. По мнению Божанова, в сомнительных случаях можно воспользоваться небольшим Rausch — нарковым или назначением морфия для устранения болей и уменьшения напряжения брюшных стенок. При этом перекрученную кисту удастся сместить вверх и диагноз станет ясным.

Конечно, если даже острый приступ при перекручивании ножки кисты закончится, и состояние больной постепенно

начнет улучшаться, больную все-таки нельзя считать здоровой. Первый приступ может быть пройден при **соблюдении покоя** и без лечения. Но закрученная ножка, сращения с окружающими органами (сальником, кишечником) остаются. Раз увеличившаяся опухоль самопроизвольно не излечивается. Отмечались случаи даже непроходимости кишечника в результате образовавшихся сращений после перекручивания ножки кисты. Смертность послеоперационную ряд авторов дает в 5—6%. Хечинов на 11 операций по поводу перекрученных кист яичника имел 1 смерть через 2 недели после операции. Больная погибла от нефрита и паротита. Некоторые новейшие статистики дают очень хорошие результаты. Например, Каган из клиники проф. Окинчица указывает на 0 % смертности. Мы имеем 2 случая смерти на 11 случаев. Надо принять во внимание, что к моменту поступления больных в гинекологическое отделение случаи уже оказались запущенными. Одна больная в результате долго продолжавшегося нагноительного процесса перекрученной кисты была резко ослаблена. До этого больная с **невъясненным диагнозом «лихорадочное состояние»** находилась длительное время в заразном отделении. У другой больной киста величиной с доношенную беременность была многочисленными спайками сращена с кишечником.

Отдельно приходится остановиться на перекрученной кисте яичника при одновременном наличии у больной беременности.

Выше уже было указано, что беременность способствует растяжению ножки кисты яичника и, следовательно, ее перекручиванию. По Орлову перекручивание кисты во время беременности встречается в 3 раза чаще, чем вне ее. Самый факт диагностирования опухоли яичника в это время затруднен, т. к. опухоль яичника чаще смещается позади беременной матки. И понятно, что в конце беременности найти опухоль яичника даже значительных размеров весьма затруднительно. Отдельные признаки беременности не всегда доказательны. Отделение молозива из грудных желез, например, Franque находил даже у девственниц с опухолями яичников. В литературе приведены описания многих случаев перекрученных кист яичника и беременности.

Так, Löhlein оперировал больную по поводу перекрученной кисты яичника и беременности на 5-ом месяце. Киста вместе с маткой перекрутилась на 140°. При чревоосече-

нии удалена киста, матка раскручена. Беременность благополучно дошла до конца.

Morestin описывает случай перекрута и разрыва кисты яичника при беременности на 5-м месяце. После чревосечения наступил самопроизвольный выкидыш. Выздоровление. Каган из клиники проф. Окинчица приводит 27 случаев кисты яичника и беременности, при чем в 6-ти из них наступило перекручивание ножки кисты. Эберлин произвел овариотомию у беременной 31½ мес. Удалена была перекрученная киста яичника. Беременность закончилась рождением доношенного живого младенца. По мнению проф. Кузьмина, Кагана и друг. совместное существование кисты яичника и беременности представляет собою для женщины многие опасности. Ввиду значительной гиперемии половой сферы беременность стимулирует рост опухоли яичника. О том, что при беременности чаще происходит перекручивание кисты, уже повторно упоминалось. При кисте яичника нередко наступает прерывание беременности, по мнению Бумма и друг. не меньше, чем в 20%. При чем это будто происходит одинаково часто вне зависимости от того оперировалась ли больная или нет. Franque и друг. подтверждают, что овариотомия во время беременности не опаснее и не дает большего процента смертности, чем в небеременном состоянии.

Если не оперировать беременную с кистой яичника, в особенности перекрученной, кроме уже упомянутых осложнений могут наступить нагноение кисты, ее разрыв, ущемление в заднем своде и даже непроходимость кишечника. Кузьмин описывает случай беременной на 4-м месяце, где отмечались боли, запоры, вздутие живота, рвота. При чревосечении найдено было тройное перекручивание ножки кисты, свежие спайки ее с окружающими органами, прижатие сигмовидной кишки к тазовой стенке. Беременность после операции все же дошла до нормального конца. Атабеков описал случай кисты правого яичника 2½ раза перекрученной вокруг своей ножки. Матка беременная 5-ти месяцев оказалась отодвинутой влево и сдавила до непроходимости сигмовидную кишку.

Принимая во внимание все указанные опасности для беременной с одновременно растущей кистой яичника, становится понятным, почему Graefe, Pfannenstiehl и друг. считают, что как только диагностирована у беременной киста яичника она должна быть удалена. Кисты в послеродовом периоде особенно склонны к перекручиванию ножки. А в то же

время диагностики не так то проста, как это испытывал в 2-х случаях Graefe.

Самым опасным осложнением перекрученных кист является их нагноение. Тогда наступают явления тяжелого отравления организма — высокая температура, частый пульс, плохое общее состояние, резкая болезненность живота при пальпации. В нашем материале нагноение кист отмечалось в двух случаях их перекручивания, что составляет—18%. Особенно нередко эти осложнения отмечаются в после-родовом периоде. Этому, повидимому, по мнению Franque способствуют травмы и нарушения питания опухоли во время родов, отчасти из-за возможной инфекции из матки по лимфатическим сосудам. Другими источниками инфекции при нагноении кист по Кадыгровову, могут явиться: общие инфекционные заболевания острые и хронические, разные воспалительные процессы из гениталий, занесение инфекции из кишечника через сращения. Последнюю возможность, именно прохождение микроорганизмов через стенку кишечника, доказал Menge на своем материале. У него на 20 перекрученных нагноившихся дермоидных кист в большинстве из них найдена была кишечная палочка.

Лечение при перекрученных кистах яичника, конечно, может быть только оперативное. В легких случаях операция идет по типу несложной овариотомии с последующей тщательной перитонизацией культи. В запущенных же случаях с многочисленными порою весьма интимными сращениями при чревосечении могут встретиться значительные технические трудности. Особенно же серьезно предсказание будет при нагноившихся кистах. Дряблые их стенки легко рвутся, а содержимое являясь сильно вирулентным может вызвать тяжелейшие осложнения при попадании в брюшную полость вплоть до септического перитонита.

Конечно, легче оперировать больную вскоре после приступа или во время него. В свежих случаях сращения рыхлы и сравнительно легко разделяются. В давнишних случаях разделение сращений обычно затруднительно, а при инфицированной кисте может стать и опасным.

О технике операции при перекрученных кистах мы не считаем нужным здесь остановиться, т. к. она общеизвестна. Мы бы хотели только указать на одну деталь, которую отмечает и проф. Губарев в своем руководстве «Оперативная гинекология».

Обычно оператор при чревосечении по поводу перекрученной кисты яичника прежде чем отсечь ножку раскручивает ее. Он сосчитывает количество полуокружностей, на которые завернута ножка. Губарев не только не видит в этом необходимости, но считает это вредным для больной делом. В ножке, по его словам, могут сидеть септические тромбы, и, понятно, тормозить такую ножку довольно опасно.

## Перекрученные матка и трубы.

В этом разделе нам главным образом придется говорить о перекрученных трубах. Перекрученная матка вокруг своей оси—шейки ютмечается очень редко и то большею частью как вторичное явление при наличии опухоли матки или беременности. На нашем материале перекрученная матка встретилась один раз, как сопутствующее явление при перекручивании кисты яичника. Перекручивание труб мы наблюдали 2 раза. В доступной нам литературе мы нашли небольшое количество случаев перекручивания матки. Таковые приведены в описаниях Glinsky, Lépage et Mouchotte, Spaeth, Иванова, Мухиной и других. Мухиной до 1909 г. собрано 10 таких описаний. Случаев перекручивания труб приводится гораздо больше. Blaund Setton в 1891 г. впервые описал случай изолированного перекручивания труб. Léguen к 1900 г. мог найти 15 таких описаний, а Кадыгровов к 1906 г. отмечает 18 случаев перекручивания труб. Чаще указываются перекручивания правосторонние. Так, Кадыгровов отношение перекручивания труб правой и левой стороны определяет в 3:2. Позже нашел 22 случая перекрученных труб, из них правой стороны 18 случаев и левой—4. В нашем материале в одном случае перекрутилась правая труба, в другом—левая.

Для перекручивания матки в большинстве работ не приводится отдельной классификации, между тем как для торзии труб их приводится несколько. Так, Дмитриев различает: 1) изолированное перекручивание трубы—торзия здоровых труб и 2) перекручивание ножки трубы. Последнее относится к трубам измененным разными патологическими процессами—перисальпингит, гидросальпинкс и проч. Такую классификацию приводит и Grossmann. Кадыгровов делит случаи перекручивания труб в зависимости от того первично ли перекрутилась труба или она была вовлечена во вращение другим телом, например, опухолью яичника. Это будут 1) первично перекрученная труба—редкое явление и 2) вторично ее перекручивание—более часто.

Редкость перекручивания матки понятна, поскольку тело матки сидит на широком основании—шейке. Лишь особые условия могут вызвать ее перекручивание. Так, большая тяжелая опухоль сидящая у ее дна может при своем вращении перекрутить на некоторое количество градусов и матку. Обычно это будет не больше, чем на полокружности. Далее, фиброматозное перерождение матки, беременность могут создать иногда почву, на которой благоприятствующие моменты вызывают перекручивание матки. При беременности же в некоторых случаях перекручиванию матки могут способствовать слабые брюшные стенки, отвислый живот, попытки наружного поворота плода и проч., как это было в случае Goecke.

Причин перекручивания труб приводится много. Подобно вышеприведенным теориям перекручивания ножки яичника и здесь говорят о мнениях Sellheim'a и Pavr'a, как о теориях объясняющих механизм перекручивания труб. И труба может, по мнению некоторых авторов, по инерции перекручиваться при резких движениях тела. Но говорят эти авторы, трубы несколько отстают от движений тела и потому закручиваются в обратную сторону движения тела. По гемодинамической теории Pavr'a играют роль переполненные кровью вены. Движением этих сосудов в первую очередь, повидимому, увлекается фимбриальный конец трубы. Сокращения мускулатуры труб потом усиливают их перекручивание. Гиперемия сосудов и повышение кровяного давления поддерживают воспалительные процессы так часто сопровождающие опухоли труб, застой крови при месячных.

Трубы вообще перекручиваются гораздо реже яичников. Так, по материалам родильного дома им. Грауэрмана отмечались 18,2% перекрученных кист яичника и только 1,17% изолированных перекручиваний труб (Дмитриев). Почему, отмечается меньшее количество перекручивания труб по отношению к яичникам—на этот счет дают разные объяснения. Яичник и труба имеют разный способ прикрепления. Подвижность первого из этих органов, в особенности при его увеличении, значительно возрастает. Даже не приняв во внимание сращения каждый оператор воочию убеждается в большой разнице по подвижности кисты яичника на ножке и, например, сактосальпинкса. Но этого мало. Обычно опухоли труб — воспалительного происхождения. Они в большинстве случаев образуют сращения с окружающими органами, что, конечно, уменьшает их подвижность. Гинодман, кроме 2-х указанных теорий, считает, что в перекручива-

нии труб должна играть роль эластичность мало измененной части трубы. Доказательством этого положения будто может служить статистика, показывающая что, например, истмальная часть редко перекручивается, так как она меньше переносит воспалительные процессы и не так теряет свою упругость. Геринштейн и другие полагают, что причина перекручивания в части случаев лежит в длинных, извилистых трубах, при наличии местного или общего инфантилизма или значительной опухоли труб. Чисто механические моменты—поднятие тяжестей, резкие перемены внутрибрюшного давления также могут способствовать перекручиванию. Charbonnier и Brandt описали случай травматической торзии придатков матки у 15-тилетней. Они могли собрать из литературы 5 случаев их перекручивания на почве травм. И все же остается неясным вопрос, почему так часто воспалительные процессы, опухоли труб, резкие перемещения тела, а при всем этом перекручивание труб встречается так редко. Дело и здесь, вероятно, в конституциональной слабости почвы, может быть дряблости связочно аппарата, а все остальное, по видимому, следует рассматривать лишь как способствующие перекручиванию трубы факторы. Подобные мысли нас уже давно занимали и при рассмотрении других патологических состояний женской половой сферы, например, при пролапсах матки (смотри «Русская клиника» № 20—1925 г.).

Описаны случаи перекручивания труб от одной полукружности до 5-ти раз, т. е. до 900°. Яичник обычно не принимает участия в перекручивании трубы и вследствие сопутствующего воспалительного процесса прирастается к ней. В одном из наших случаев перекручивание было на 180°, в другом несколько больше.

Спираль перекручивания трубы большей частью бывает у маточного угла. Остропротекающее перекручивание придает трубе темно-красный, багровый цвет. Некоторые сравнивают по цвету, ее с ущемленной кишкой. Обычно такая труба невелика, в объем куриного яйца, иногда несколько больше (Legueu). Содержимым такой трубы является кровянистая жидкость, иногда жидкая кровь вследствие нарушения кровообращения. По той же причине образуются венозные тромбы, которые как-бы укрепляют место торзии и затрудняют раскручивание трубы. В наших случаях содержимым труб при их перекручивании была серозно-кровянистая жидкость.

Клиника перекрученной матки и придатков, поскольку случаи большей частью наступают и протекают остро, также напоминает собою симптомы при «остром животе» вообще.

В данной главе мы в дальнейшем коснемся главным образом симптомов при перекрученных трубах, тем более, что в нашем материале они встретились два раза.

Приступ перекручивания трубы обычно начинается с резких болей внизу живота, чаще в одном паху с отдачей в ногу. При перекрученной трубе именно характерна продолжительность болей. Лихорадка большею частью бывает небольшой. Часты кровянистые выделения из половой щели. Иногда бывает тошнота, рвота. Отмечается задержка стула и газов. Поскольку описываемая патология нечастая, приходится при постановке диагноза дифференцировать ее от других поражений половой сферы. В отличие от трубной беременности при перекрученной трубе нет задержки месячных, матка не увеличена, не увеличены грудные железы, нет вообще данных за беременность. И общий *habitus* (Spraeth) бывает отличить эту патологию от перекрученной кисты яичника. Важно запомнить, что перекрученная труба меньших размеров, обычно некруглой формы. При остром сальпингите лихорадка и другие признаки воспаления ярче выражены. Если есть время и возможность, некоторую помощь могут оказать лабораторные данные: более высокий РОЭ, лейкоцитоз, иногда сдвиг лейкоцитарной формулы влево говорят об остром придатковом процессе. Что инфекция при перекрученной трубе может быть маловирулентной, а иногда микробы могут и совершенно не быть найденными, показывают данные Коханова. У него при посеве на бульон содержимого перекрученных труб таковой оказался стерильным. Дифференциальная диагностика перекрученной трубы от острого сальпингита очень важна, но, к сожалению, нередко затруднительна. Это потому, что и перекрученная труба нередко сопровождается воспалительными явлениями. Важна же потому, что тактика лечения при этих двух патологических состояниях диаметрально противоположна. В то время, как при перекрученной трубе показано срочное оперативное пособие, при остром сальпингите как раз необходимо выжидание. От непроходимости кишечника описываемая патология отличается тем, что при ней отсутствует такое вздутие живота, напряжение его стенок, каловая рвота и другие выраженные симптомы непроходимости. От аппендицита отличает уже анамнез: при нем отсутствуют в прошлом данные говорящие о гинекологическом заболевании. Кроме того, при аппендиците прощупываемый инфильтрат не связан с маткой. Интересно отметить, что нередко инфекция труб до их перекручивания идет, по видимому, из кишечника и

в первую очередь из аппендикса. Случаи эти отмечались у очень молодых юсуб, например, случай с 17-тилетней больной Геринштейна. Из редких осложнений перекручивания труб следует отметить их нагноение. Это явление встречается реже, чем при перекручивании яичников.

Образовавшиеся в ножке венозные тромбы могут иногда уноситься током крови и стать причиной эмболий. Такие случаи описаны при перекручивании труб у молодых осуб в сопровождении значительного воспалительного процесса. Но перекручивание труб отмечается и у пожилых больных. Так, Wallis описал случай перекручивания правой трубы на  $720^\circ$  по ходу часовой стрелки у 53-хлетней. В прошлом у этой больной было двое родов 25 и 23 года тому назад и воспалительный процесс в последующем придатков матки.

Как уже указано было выше, лечение при перекрученной матке и трубах будет только оперативным. При перекрученной матке у молодых юсуб, если позволяют данные, конечно, было бы желательным сохранить матку. Некоторые авторы с этой целью вылущивали даже значительные фиброматозные узлы из тела беременной матки, считая их причиной перекручивания. Несмотря на такую травму, беременность донашивалась до конца, и роды протекали благополучно (Spaeth). Часто же приходится поступать более радикально. Так, Иванов произвел суправагинальную ампутацию перекрученной матки. Faure при фиброме и перекрученной матке отсек ножку, в которую входили нижняя часть тела матки, lig. infundibulo-pelvicum, широкие связки. Наступило выздоровление. И при перекручивании придатков в зависимости от случая приходится иногда попутно с придатками производить суправагинальную ампутацию матки, как сделал Wallis. Но стремиться, конечно, и здесь надо к щадящим операциям, сохраняя по возможности не только матку, но и яичники, в особенности у молодых больных.

Касааясь техники оперирования при перекрученных трубах надо указать, что вряд ли операция при них особенно отличается вообще от операции на придатках. Мы бы и здесь хотели бы только еще раз отметить на указание проф. Губарева уже приведенное выше в разделе о «перекрученной кисте яичника». Он говорит о нежелательности раскручивания ножки перекрученной трубы при операции ввиду опасности перенести тромб в общий круг кровообращения. Наш материал таков. В одном случае у больной, 39 лет, при перекрученной на  $450^\circ$  кисте яичника отмечалось перекручивание тела матки вокруг шейки на  $90^\circ$ . Чревосечение.

Удаление кисты яичника, раскручивание матки, выздоровление. У 2-х других больных, 27 и 31 г., трубы оказались перекрученными (у одной—правая, у другой—левая) около 180°. После операции гладкое выздоровление. Содержимым труб оказалась серозно-кровянистая жидкость.

## Перитониты акушерского и гинекологического происхождения.

Говоря о воспалительном процессе брюшины—перитоните, мы в дальнейшем будем касаться процесса разлитого, прогрессирующего, проходящего по типу общего перитонита — Peritonitis universalis. Если мы будем упоминать о местном гинекологическом тазовом перитоните, то разве для того, чтобы оттенить разницу в клинической картине между местным и разлитым поражением брюшины.

В классификации разлитого перитонита нет до сих пор единства мнений. Одни (в том числе Veit) классифицируют их так:

1. Инфекционный перитонит:
  - а) перитонит септический,
  - б) перитонит гнилостный,
  - в) перитонит гонококковый,
  - г) перитонит туберкулезный.
2. Неинфекционный:
  - а) перитонит механический (чужеродное тело),
  - б) перитонит химико-токсический.

По данной схеме мы бы хотели отметить несостоятельность прежнего деления на септический и гнилостный перитониты, т.-к. нередко одни и те же микробы (стафило и стрептококк) могут вызвать разные по своему клиническому течению перитониты. Другие (Winkel) предлагают следующую схему классификации перитонитов на почве акушерских и гинекологических заболеваний:

1. Перитонит разлитой послеродовой (из послеродовых ран зараженных септическими микробами, главным образом стрепто и стафилококком, иногда кишечной палочкой).
2. Перитонит разлитой послеоперационный. (Тоже).
3. Перитонит разлитой гонококковый. Такой перитонит редок, но доказан.
4. Перитонит разлитой туберкулезный. У женщин он бывает в 4 раза чаще, чем у мужчин.

5. Перитонит разлитой перфоративный. Он может возникнуть на почве лопнувшего пиосальпинкса или пиоовария или вскрывшегося абсцесса маточной стенки.

Придавая большое значение фокальной инфекции, ряд авторов указывает в частности на большую роль постантинозных перитонитов. Ответственно этому Попов дает такую классификацию так называемых самопроизвольных перитонитов:

Метастатические.

- 1) Оральные,
- 2) Тонзиллярные,
- 3) Генитальные,
- 4) Отогенные,
- 5) Риногенные,
- 6) Пульмогенные.
- 7) Урогенные,
- 8) Дерматогенные,

Per continuitatem.

- 1) Пульмогенные,
- 2) Со стороны органов брюшной полости.
- 3) Со стороны брюшной стенки.

Schultz указывает, что вышеупомянутое деление диффузного перитонита на послеродовой, послеоперационный и проч. удачнее было бы заменить классификацией по возбудителю:

Гонококковый перитонит	более или менее доброкаче-
Пневмококковый "	ственно протекающие.
Стрептококковый "	Самый опасный вид.
Стафилококковый "	
кишечно-палочковый	

Бубличенко приводит схему Менге:

- а) первично-диффузный перитонит,
- б) вторичный диффузный перитонит.

При первой форме сразу поражается вся брюшина или, по крайней мере, ее большая часть. Это может произойти, когда непосредственно в брюшную полость вносится вирулентная инфекция (например, продолжительная и тяжелая операция в брюшной полости, прободение матки при выскабливании, разрыв матки, лопание нагноившейся кисты яичника, пиосальпинкса и проч.). При другой разновидности дело идет вначале о местном перитоните, но свободном не осумковавшемся. Вследствие высокой вирулентности возбудителя с одной стороны, с другой — из-за, по видимому, недостаточности защитных приспособлений организма начинается дальнейшее прогрессирование процесса и переход местного перитонита в общий.



Вот эти данные о перитонитах на почве акушерских и гинекологических заболеваний. Всего 93 случая:

Название перитонита	Колич.	%
Послеродовые . . . . .	20	21,5
Послеабортные . . . . .	61	65,6
Внемат. беременность . . . . .	3	3,2
Пиосальпинксы . . . . .	2	2,1
Воспал. труб. . . . .	3	3,2
Аппендицит . . . . .	3	3,2
Язва кишечника. . . . .	1	1
	93	—

Данные гинекологических учреждений о перитонитах, по видимому, недостаточно полны. Значительное количество их, например, на почве разорвавшегося пиосальпинкса или tubo-овариальной кисты вызывает картину перитонита вообще. А поставить в таких случаях точную диагностику, как дальше будет указано, довольно трудно, а подчас и невозможно. Поэтому они нередко попадают как острые случаи в хирургические отделения, где и оперируются. Uebermuth из Лейпцигской хирургической клиники на 1730 случаев воспалительных процессов живота в 10-ти отмечал перитонит на почве разрыва пиосальпинкса и в 14-ти—на почве разрыва tubo-овариального абсцесса.

Рассматривая вопрос об этиологии акушерско-гинекологических перитонитов, надо отметить, что и они, как остальные перитониты, могут вызываться следующими тремя причинами расположенными здесь в возрастающем по своему значению порядке:

- механическая,
- химическая,
- бактериальная причина.

Последнему фактору в этиологии акушерско-гинекологического перитонита принадлежит главенствующая роль и о нем дальше и будет идти речь.

Общезвестно, что вирулентность микроба-возбудителя имеет значение. Но в последнее время считают, что главную роль в исходе борьбы будет играть макроорганизм—человек. Поэтому даже внесенная небольшая порция микробов в брюшную полость при какой-нибудь операции (а это всегда будет при самом педантичном соблюдении соответствующих правил асептики и антисептики) будет вскоре ликвидирована защитными приспособлениями брюшины. Наоборот, не особенно вирулентный штамм при травме брюшины, понижении ее жизнедеятельности может причинить много бед.

Наиболее частыми источниками фокальной инфекции, могущими дать септический метастаз и последующий перитонит, являются по Попову:

- 1) ротовая полость, чаще миндалики,
- 2) желудочно-кишечный тракт,
- 3) дыхательные органы,
- 4) женская половая сфера.

Solari в результате эпидемии гриппа наблюдал ряд случаев с картиной «острого живота». Этот автор, как и другие, считает их перитонеальными серозитами. Вливание колларголя в брюшную полость, защитой наглухо при операции, давало гладкое заживление. Иногда соседние с гениталиями органы — кишечник, мочевая система могут обусловить инфекцию тазовой брюшины, а оттуда и общий перитонит.

В женской половой сфере можно найти много причин могущих способствовать возникновению общего перитонита. Как известно, границей между стерильной и бактерионосодержащей частью женского полового канала является слизистая пробка шейки матки. Но раз эта преграда нарушена, и микробы появились в верхнем отрезке гениталий они уже через наружные отверстия труб могут проникнуть в свободную брюшную полость и вызвать серьезные осложнения. Надо впрочем признать, что несмотря на возможное сообщение между наружной средой и брюшной полостью у женщин, непосредственное прохождение таким путем инфекции встречается исключительно редко. С другой стороны, частые воспалительные процессы внутренних гениталий благодаря их близости к брюшине (они, ведь, покрыты листком брюшины) могут дать возможность распространиться инфекции, как *per continuitatem*, так и по лимфатическим путям. Например, из внутренней поверхности матки по лимфатическим щелям через substance матки инфекция может перейти на брюшину. Последний путь по новейшим данным для вирулентной инфекции считают наиболее часто встречающимся. Само собою разумеется, что оперативное пособие связанное со вскрытием брюшной полости, а тем более заведомо опасные манипуляции, вроде криминальных абортов, могут дать доступ возбудителю непосредственно в брюшную полость или через трубы и особенно чреваты своими последствиями. Поэтому понятно предложение Nothnagel'я, что у женщин при определении источника перитонита надо в первую очередь всегда исключить genitalia.

Акушерско-гинекологические разлитые перитониты бывают вызваны септическими микробами большею частью

стрептококками, реже стафилококками. Об этом писал еще Veit (1899). Это же подтверждали в свое время Vishni и Fraenkel. Meyer из клиники Штекеля на 106 перитонитов в 45 из них возбудителем считает стрептококка. Он различает разные генерации этого микроба: 1) гемолитические, 2) анаэробные стрептококки. По данным Benthin'a в 50 проц. разлитого акушерско-гинекологического перитонита обнаружен стрептококк. Тоже подтверждает и большой знаток послеродовой инфекции проф. Бубличенко. Он указывает что послеродовые перитониты часто вызываются одним возбудителем.

Из-за скромного устройства нашей лаборатории многие бактериологические исследования проведены не полностью. Полагаю, что из двух стрептококковых перитонитов у наших больных в одном случае был гемолитический стрептококк. Поскольку в этих случаях налицо генерализованная септическая инфекция, часто из посева крови таких больных удается выделить возбудителя. Венцовский на своем материале в 34 проц. в крови находил микроба. Мы, на 8 случаев разлитого перитонита, только в 2-х могли из крови выделить культуру возбудителя.

Другие авторы не согласны с тем, что акушерско-гинекологический перитонит большей частью вызывается одним возбудителем. По Gundel и Süßbrich перитонит в большинстве случаев обуславливается смешанной инфекцией из *B. coli*, *enterococcus*, *streptococcus*.

Поскольку, как указано было выше, фокальная инфекция играет немалую роль в происхождении перитонита, а миндалики могут поражаться разными микроорганизмами, то и перитониты вызываются разными возбудителями. Это могут быть стафилококки, стрептококки, пневмококки. Gazzamali из 81 острого перитонита разного происхождения возбудителями определяет:

<i>B. coli</i> . . . . .	72,5%
<i>Streptococcus</i> . . . . .	10%
<i>B. perfringens</i> . . . . .	16%

Пневмококк впервые в пилосальпинксе был найден Дедерлейном. Отсюда и возможный источник перитонита. Другие авторы выделить этого возбудителя из выпота брюшной полости не могли. Zweifel пытается объяснить безуспешность попыток найти в этих случаях пневмококк следующим образом. По его наблюдениям, микроб этот может быть выделен из содержимого брюшной полости либо при жизни, либо

в течение небольшого промежутка времени после смерти больной. Позже очень часто находят кишечную палочку. Он считает, что *b. coli* во многих случаях в брюшную полость проникает из кишечника посмертно и подавляет своим размножением развитие пневмококка. На одном и том же трупе Zweifel вскоре после смерти из гноя брюшной полости получил пневмококка, а через 26 часов *b. coli*. Но последний может сама по себе вызвать перитонит. Так, Fraenkel из 31 разлитых перитонитов в 9 возбудителем определил *b. coli*.

Вспоминается мне из Сталиногорского материала один случай. Больная поступила с явлениями острого раздражения брюшины. В недавнем анамнезе грипп. Картина не вполне характерная для острого аппендицита. Чревосечение по Ленандеру несколько ниже обычного, чтобы иметь возможность осмотреть и придатки. Аппендикс слегка инъецирован. Мутный выпот в брюшной полости. Genitalia—нормальные. Произведена аппендекомия. Гладкое выздоровление. Аппендикс при самом тщательном осмотре не представлял особых отклонений, кроме незначительной гиперемии. К сожалению, бактериологическое исследование выпота не было сделано. Что же здесь было—аппендицит или постангинозный пневмококковый перитонит—так и осталось неясным.

В некоторых случаях акушерско-гинекологического перитонита возбудителем является палочка Коха. Оказывается, что внутри труб этот микроб отмечается чаще, чем это полагают. Menge тщательно исследовал 70 пиосальпинксов и в 10 проц. единственным микроорганизмом нашел туберкулезную палочку. На нашем материале туберкулезных перитонитов не отмечалось.

При возникновении акушерско-гинекологического перитонита инфекция может распространиться:

- 1) из матки через ее стенку,
- 2) из параметрия,
- 3) через трубы и
- 4) быть метастатическим из какого-нибудь другого очага.

Почему все-таки разлитой перитонит встречается так редко по сравнению с большим количеством воспалительных процессов гениталий? На этот счет можно дать следующее объяснение.

Очень часто воспалительные процессы гениталий бывают на почве гонорреи. Последняя распространяется главным образом *per continuitatem*. Инфекция проходя из матки в трубы вызывает здесь воспалительный процесс всей трубы и в частности ампулярной ее части. По-

следняя раздражается, фимбриальный конец, склеивается и дальше инфекцию, обычно не пропускает. Если некоторая порция инфекции и выходит в полость таза, то распространяясь по поверхности тазовой брюшины она вызывает тазовый местный воспалительный процесс. Защитные приспособления организма больной осумкуют инфекцию на месте. Когда же процесс быстро распространяется по трубе, имеется значительное отделение гноя и трубы в ампулярной части еще не успели склеиться, гной из трубы может прямо попасть в брюшную полость. Тогда воспалительный процесс брюшины протекает тяжело.

Известно, что главные лимфатические пути ведут от шейки матки в параметрий. Требуется, чтобы сначала был вызван параметрит, а потом уже воспаление тазовой брюшины. Штекель мог такой переход параметрита в общий перитонит наблюдать в акушерских случаях, но не видел его в гинекологических. Понятно, что при этом варианте прохождения инфекции она нередко поднимается вверх в брюшную полость, чтобы вызвать разлитой перитонит. Лишь очень вирулентная инфекция при послеродовых заболеваниях может по лимфатическим путям через стенку матки сразу вызвать разлитое воспаление брюшины. Вскрытия и изучение наших случаев послеродового перитонита тоже убедили нас в этом пути распространения инфекции при значительной ее вирулентности.

Патолого-анатомически при этом поражении различают несколько стадий. Уже с самого начала процесса отмечается значительная гиперемия обоих серозных листков брюшины—париетального и висцерального, при чем последнего в большей степени. Вследствие начинающегося отторжения эндотелия брюшина теряет свой зеркальный блеск, становится мутной. В дальнейшем следует образование серозного и серозно-фибринозного экссудата. По Бубличенко количество экссудата бывает разным: в некоторых небольшое количество его определяется только в отлогах живота, в других количество выпота гораздо больше. Уже в мазках из выпота при вирулентной инфекции находят значительное количество лейкоцитов и стрептококков. Скоро количество лейкоцитов еще больше увеличивается, и выпот принимает гнойный характер. Серозные поверхности, главным образом петли кишок, покрываются фибринозными отложениями. Соприкасающиеся серозные оболочки вследствие резкого их изменения начинают склеиваться, образуются сращения. Последние в некоторых случаях могут даже повести к непроходимости кишечника.

Даже в случаях высоко вирулентной инфекции брюшина проявляет свои защитительные особенности. Еще не заболевшие части брюшины активно борются убивая попавших в нее зародышей. С другой стороны, проявляется высокая развитая пластическая способность брюшины—отграничивать здоровые участки брюшной полости от уже пораженных. Будучи склеены между собою здоровые участки образуют (главным образом блюститель порядка брюшной полости—сальник и кишечник) как бы крышу, как выражается Walthard, над инфицированным участком. Особенно часто приходится убеждаться в пластической способности брюшины ляпоротомисту, гинекологу, видя как тщательно отгораживаются самим организмом инфицированные участки таза от остальной брюшной полости. Если происходит отграничение, то бактерии погибают, лейкоциты расщепляются, и весь выпот постепенно рассасывается. Осумкованные между спайками гнойники могут вскрыться и дать разлитой перитонит.

Но если воспалительный процесс на месте своего первичного внедрения в брюшную полость не подвергается отграничению и склеиванию и бактерии распространяются по всей брюшной полости, то воспаление брюшины принимает диффузный характер. Образующийся в этих случаях по пути распространения процесса фибриновые или гнойные налеты и сращения не могут уже оказать благоприятного действия на процесс в смысле его локализации.

К сожалению, не всегда склонность к отграничению перитонита указывает на то, что организм справится с этим тяжелым поражением брюшины. Мне вспоминается ряд вскрытий как за время работы в клинике, так и в Сталиногорске. Несмотря на множественные отграничения, осумкование выпота больные погибали от все прогрессирующей интоксикации.

Считают, что яды при перитоните поступают в организм главным образом по системе воротной вены. Инфекция действует прежде всего на сосудистую, нервную систему и паренхиматозные органы.

В большой степени страдает кишечник. В начале отмечается его усиленная перистальтика, а затем наступает парез или даже паралич его. Воспалительный процесс придатков матки редко вызовет разлитое воспаление брюшины, так как вскоре при придатковом процессе образуются отграничивающие спайки. Произойти на этой почве перитонит может или при лопании пиосальпинкса или же инфекция может проникнуть в брюшину по кровеносным или лимфа-

тическим путем. Второй путь—через стенку органа считается, по мнению большинства авторов, более частым.

При разрыве пиосальпинкса речь чаще всего может идти о таком свежем происхождении. Старые пиосальпинксы обычно окружены плотными сращениями и не рвутся в брюшную полость. Как трудно бывает добраться до старого осумкованного гнойника придатков, наверное хорошо помнит каждый имеющий опыт оператор. Если и разорвался пиосальпинкс, то чаще всего это будет по статистике разных авторов—односторонний и большей частью правосторонний—деталь вдвойне интересная. Прежде всего доказательство свежего пиосальпинкса—процесс еще не успел перейти на другую сторону. Далее—подтверждение указания многих исследователей, что аппендикс в этиологии воспалительных процессов гениталий играет не малую роль.

Наш единственный случай разрыва пиосальпинкса с последующим начинающимся перитонитом также был правосторонним. К нему был припаян аппендикс. Удаление пиосальпинкса и отростка. Раствор риваноля 1: 1000 в брюшную полость. Выздоровление.

Воспалительный процесс брюшины может быть и туберкулезного характера. У женщин он может быть не только на почве гениталий, но исходящий из кишечника, легких, костей. Бывает и первичный туберкулез брюшины. Заражение же туберкулезом гениталий может, как это показал в своей классической монографии ГЕГАР, происходить при заражении либо:

1. Из какого-нибудь туберкулезного очага гематогенным путем,
2. Прямо в *genitalia*—возможно заражение инфицированными БК пальцами,
3. Возможно заражение и через семя. Экспериментально на животных доказано было наличие в семени БК при туберкулезе яичка.

Как уже упоминалось, мы на своем материале в Сталиногорске туберкулезных перитонитов не отмечали.

Особый вид перитонита зависящий от разрыва кист—псевдомиксоматозный. ШТРАССМАН к 1898 году собрал 36 таких случаев. Перитонит в этих случаях происходит от попадания в брюшную полость студенистых масс. Раздражая брюшину юни закупоривают поры и лимфатические сосуды ее. Всасывание происходит путем развития соединительной ткани и постепенной организации скопления.

Однажды нам пришлось оперировать больную с предположительным диагнозом воспаления придатков матки. Безуспешное консервативное лечение, а боли значительно беспокоили больную. По разрезе брюшной стенки оказалось, что это был *peritonitis sacca*. Мы увидели сумкованный мешок в стенку которого входил кистозный яичник. Кишечник оказался настолько перепаянным и между петлями кишек и с внутренними половыми органами, что войти в свободную брюшную полость так и не удалось. Ограничились выпусканьем содержимого мешка и удалением яичника. Возможно, что и здесь имело место слипчивое воспаление брюшины на почве разрыва в прошлом миксоматозной кисты.

Как же протекает острый разлитой перитонит. Клиническую картину его многие (ЩУКАРЕВ) складывают из двух периодов.

В первом периоде преобладают местные явления. Это будут разлитые боли живота, резкая болезненность его стенок при ощупывании, напряжение мышц живота—*défense musculaire*, задержка стула и газов, отсутствие перистальтики кишечника. Сюда же следует отнести рвоту, которую, как рефлекс на раздражение брюшины. В дальнейшем на первый план выступают общие явления тяжелой интоксикации организма: *facies hypocratica*, сухой обложенный язык, повышенная температура, частый пульс. У некоторых больных как бы тело высыхает, кожа становится морщинистой. Большей частью у них бывает подавленное настроение. Но в некоторых, может быть особенно тяжелых случаях отмечается эйфория при падении нередко температуры. Неопытный человек может подумать, что больному становится лучше, но частый пульс, общее тяжелое состояние указывает на серьезность заболевания. Последнее явление мы отметили в двух случаях послеродового септического перитонита.

Конечно, далеко не всегда хорошо выражены оба эти периода и так легко их разграничить. Больше того. Самые кардинальные симптомы перитонита—резкая болезненность при пальпации брюшных стенок и напряжение их во многих случаях септических перитонитов бывают не выражены. Хирурги может быть много выдавшие чисто хирургические перитониты на почве, например, прободной язвы желудка или заворота кишечника, но не имеющие большого опыта в нашей специальности часто отрицают перитонит там, где он есть. В этом нам при консультации с хирургами приходилось убеждаться неоднократно. Такое атипичное про-

тканье, например, послеродового перитонита, трудность его диагностики, мешает правильному и своевременному распознаванию. Иногда действительное положение выясняется только на секционном столе.

Септический перитонит большей частью не есть первичная локализация в брюшине, как это среди многих подчеркивают и Pugh и Aldfield. Он развивается с общим сепсисом и исходит чаще всего из одного источника. Может быть отчасти потому основные, кардинальные симптомы перитонита не так резко выражены на фоне общего тяжелого септического процесса больной с резкой интоксикацией всего организма.

С чем приходится дифференцировать острый перитонит. Это с перитонитом местным, большей частью тазовым, аппендицитом, почечной коликой, может быть с острым некрозом поджелудочной железы. О почечной колике было сказано в начале настоящей работы. При некрозе поджелудочной железы (редком заболевании) отмечается гликозурия, увеличение печеночной тупости. Симптомы острого воспаления тазовой брюшины в начале мало может быть различия от общего разлитого перитонита. Те же сильные боли, повышенная температура, учащенный пульс, тошнота, рвота, метеоризм. Дело выясняется по дальнейшему течению. Тазовый перитонит в громадном большинстве имеет склонность к ограничению. Следовательно, он имеет более мирное течение и допускает консервативное лечение. Общий же перитонит прогрессирует, и с каждым часом ухудшается общее состояние больной. При тазовом перитоните в отличие от аппендицита начальная температура большей частью выше. Чувствительность живота при давлении лежит не в характерном для аппендицита месте, а ниже, распространяется влево, вниз. Поможет распознаванию влагалищное исследование. Однако же это далеко не всегда так. Надо твердо усвоить, поворот Вилкер, что влагалищное исследование не может считаться абсолютно точным. Отрицательные данные влагалищного исследования не могут с полной гарантией исключить генитального заболевания. Вилкер подчеркивает, что он неоднократно констатировал случаи, когда положительные пальпаторные данные получались гинекологами лишь много спустя после начала заболевания. Этот автор советует при распознавании основываться на всей клинической картине, в особенности на данных исследования живота и не так уже сильно полагаться на данные гинекологического исследования. Ни состояние пульса, ни лейкоцитоз не могут сами по себе решить вопроса о диаг-

нозе. Хотя д-р Виккер — не гинеколог, но он, как опытный клиницист, совершенно правильно определяет положение. В разделе «ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ» мы уже указывали, что юценка общего состояния больной в некоторых случаях может дать больше, чем тщательное двуручное исследование. По же приложимо и при диагностике тазового перитонита. Здесь двуручное исследование вследствие большого напряжения брюшных стенок и болезненности исследования может дать еще меньше.

Хотя генитальный перитонит имеет большую частью склонность к ограничению и более доброкачественному течению, но попадают ся случаи, когда процесс распространяясь по брюшине дает картину общего разлитого перитонита. Виккер описывает следующий случай прогрессирующего перитонита генитального происхождения.

Была доставлена больная с нижним перитонитом трехдневной давности. Отмечалась резкая болезненность при исследовании нижней части живота. Температура — 38,5; пульс — 104. Гинекологическое исследование не дало ясных результатов и вызвало разногласие среди врачей относительно источника заболевания. Наблюдая за больной все же было отмечено учащение пульса, увеличение вздутия живота. Диагностирован был прогрессирующий перитонит и приступлено к операции. Чревосечение показало, что здесь был гнойный перитонит генитального происхождения, от которого больная через сутки погибла.

И нам пришлось дважды оперировать больных с прогрессирующим воспалительным процессом брюшины на почве придаткового заболевания. Произведено было при наличии уже симптомов разлитого перитонита суправагинальная ампутация матки с придатками. Наступило выздоровление.

Уже упоминалось, что разрыв пиосальпинксов может вызвать острый разлитой перитонит. Клиническая картина при этом отличается бурными проявлениями. Иногда находящаяся в шоке больная напоминает таковую при внематочной беременности. Cotte и Chaliier описали 5 случаев острого перитонита на почве разрыва пиосальпинкса. Выздоровела лишь 1. Миронов описывает случай острого разлитого перитонита на почве гнойных придатков. Операция — чревосечение. Выздоровление. У нас — 1 уже упомянутый случай.

Döderlein еще в конце 19 века доказал в 3-х случаях генерализованный пневкокковый перитонит весьма бурно протекавший. Процесс разыгрался через 2—3 недели после инфицированного коитуса. При чревосечении трубы

оказались открытыми, и при легком надавливании из них вытекал гной. В мазке последнего очень легко, как при острой гоноррее, определялись гонококки. Туже и из мутного серозно-фибринозного выпота между кишками. И в нашем материале отмечались 2 случая с перитонитом проявлявшим наклонность к генерализации процесса, где в гною выдавливавшегося из ампулярного конца труб определен был гонококк. Случаи были прооперированы. Наступило выздоровление.

Если позволяет время и состояние больных, важно соби- рание подробного анамнеза. Так, для постангинозных перитонитов характерно, что в ближайшем анамнезе можно найти указание на перенесенную недавно ангину. Через 1—6 дней после этой болезни начинают явления перитонита (резкая болезненность живота и напряжение его стенок, высокая температура, частый пульс, явления общей тяжелой интоксикации и проч.).

В послеродовом периоде постангинозный перитонит может гораздо раньше сказаться, как это явствует из нижеследующего случая.

Роженица М., 24-х лет, поступает в сомнительное родильное отделение с повышенной температурой—38°, явлениями гриппа и ангины. Роды через 6 часов живым доношенным мальчиком. Послед отошел самостоятельно через 25 минут. Через сутки температура пала утром до нормы, но уже к вечеру этого же дня температура поднялась вновь до 40° и в дальнейшем не снижаясь держалась в пределах 40—41°. Развивается картина септического перитонита, и больная на 8-й день умирает. Вскрытие подтверждает этот же диагноз. Источник инфекции из миндалик.

Несколько слов о туберкулезном перитоните. Явления при нем большей частью выражены нерезко. Отмечается значительное напряжение живота, выступают эпигастральные вены, водянка. У молодых особ бывает похудание, плохой аппетит при небольшом повышении температуры.

Остановимся на отдельных явлениях при перитоните.

Температура. Известно, что большинство перитонитов сопровождается повышенной температурой. Однако же целый ряд тяжелых случаев протекает при нормальной или даже субнормальной температуре. Особенно опасны в прогностическом отношении те случаи, когда температура падает, а пульс учащается. Получается переkreщивание кривых температуры и пульса, образно названное—*crux mortis*.

Пульс. По Венцковскому учащение пульса выше 100 ударов в 1 минуту отмечается в 70 проц. Частоту пульса при перитоните объясняют токсическим или рефлекторным парезом блуждающего нерва. С другой стороны, изменяется кровонаполнение внутренних больших сосудов иннервируемых п. splanchnici. По нашим данным, пульс никогда не опускался ниже 100 ударов в 1 минуту.

Рвота, реже икота—одни из главных симптомов перитонита, проявляются вследствие рефлекторного раздражения п. phrenici. Наш материал отмечал рвоту в 50 проц., икоту—в 42 проц.

Метеоризм отмечается вследствие пареза кишечника. Венцковский находил его в 49 проц. Наши данные—70 проц. Мы симптому пареза кишечника при септическом процессе придаем большое значение. Мы считаем, что значительно выраженный парез и связанный с ним метеоризм показывает на подавление п. splanchnici и общую тяжелую интоксикацию организма.

Мочиспускание при перитоните нередко болезненно вследствие воспаления серозного покрова мочевого пузыря. Упорная задержка стула разными авторами отмечалась в 50 проц. У нас она проявлялась в 60 проц. Упорные поносы были в очень тяжелых случаях.

Общеизвестно, что наиболее грозными микробами для организма человека являются стрептококки. Наихудший результат дает стрептококковый перитонит, наилучший по своему течению—гонококковый. По данным Ruyah и Oldfield из 36 стрептококковых перитонитов умерло 25. По данным Schittlitz все наблюдаемые им 25 случаев стрептококкового перитонита, несмотря на точную диагностику и раннюю операцию, не выжили. У Meyer на 45 стрептококковых перитонитов выжила только 1 больная.

Плохое предсказание следует поставить в тех случаях, где отмечается: общее тяжелое состояние больной, низкая температура при частом и слабом пульсе, неудержимые поносы, быстрое нарастание лейкоцитоза. При сравнении того, что опаснее при генезе перитонита разрыв пиосальпинкса или тубоовариальной кисты, абсцесса надо сказать, что второе—опаснее. При пиосальпинксе, в особенности в старом осумкованном гноянике, гной нередко стерилен. Хуже при тубоовариальной кисте. Здесь часто отмечается смешанная инфекция вследствие частых сращений с кишечником и проникновения оттуда микробов.

Из лабораторных исследований, кроме бактериологических изысканий—посев крови на бульон в поисках возбудителя

инфекции, исследование мазков из половых органов, необходимо отметить клинический анализ крови. Здесь при перитоните часто отмечается выраженный нейтрофильный лейкоцитоз со значительным сдвигом формулы влево и уменьшением количества лимфоцитов. В тяжелых формах находили лейкопению и отсутствие эозинофилов. Таковы наши лабораторные данные.

Смерть при перитоните наступает вследствие общей интоксикации организма и паралича сосудовдвигателей.

Проф. Напалков в своем докладе II съезду хирургов Северо-Кавказского края «О неотложной хирургии перитонита» по поводу лечения последнего говорит следующее. Он подчеркивает, что «при перитоните важно возможно раннее оперирование, раннее удаление источника инфекции. При этом поражении скоро наступает предел, при котором уже вообще ничего делать нельзя. Но мало оперировать. Надо оперировать с наименьшей травмой для больного—возможно малый разрез, местная анестезия» Hartmann при лечении острых перитонитов указывает, что не надо стараться очистить всю брюшную полость. Достаточно, по его мнению, удалить первичный очаг, дать выход большей части инфицированного содержимого. Главным образом этот автор полагается на защитные приспособления организма. Но акушерско-гинекологический перитонит по своему течению, исходу и методам лечения разнится от перитонита вызванного на почве чисто хирургического заболевания. Если говорить о септическом перитоните, то основным заболеванием здесь будет генерализованный септический процесс всего организма. Большинство авторов на основании своего опыта (Opitz и друг.) считают, что хирургическое лечение септического перитонита имеет мало шансов на успех. Opitz, подчеркивая это положение, указывает, что такие больные, несмотря на оказанное хирургическое пособие, погибают от основного заболевания—сепсиса. Этот же автор поясняет это сравнительным примером из чисто хирургической практики. При разлитом перитоните исходящем из матки прогноз хуже, чем при прободной язве желудка. В последнем случае с удалением источника инфекции организм может справиться с нею. В первом же случае инфекция пройдя через существо матки до брюшины значительно повышает свою вирулентность. Кроме того, для организма отягощенного тяжелой инфекцией операция является дополнительной тяжелой травмой, с которой он обычно не справляется. Ввиду этого предложенное Буммом и Фейтом хирургическое лечение пуперального перитонита до сих пор

не является распространенным методом. Бумм, учитывая тяжелое состояние больных, предлагает минимальную травму. Производится несколько разрезов брюшной стенки по средней линии и с боков, и вставляются дренажи, чтобы дать сток гною из брюшной полости.

У нас, в Сталиногорске, было 3 случая операции со смертельным исходом при септическом перитоните: один раз после септического выкидыша, другой—после домашних родов, третий—после операции Вертгейма. Во всех случаях под незначительным эфирным Rausch было проведено только что описанное предложение Бумма о разрезах при перитоните с дополнительным вливанием эфира в брюшную полость. Больные погибли при явлениях нарастающего септического перитонита. Разбирая за ряд лет материал акуш. гинек. клиники Смоленского мединститута я мог набрать 10 случаев септического перитонита, главным образом пuerперальных перитонитов после родов в деревне с бабкой. Операция делается буквально в течение нескольких минут. Травма как будто минимальная, сток гною из брюшной полости обеспечивается, и ни в одном из описанных случаев эффекта в смысле выздоровления я не видел. Все же ввиду полной безнадёжности других методов лечения советуют в этих случаях вскрывать и дренировать брюшную полость. Чем раньше будто приступлено к этой операции, тем больше шансов могут быть получены для выздоровления. Наши результаты только что были упомянуты.

Не все авторы смотрят безнадёжно на хирургическое лечение острого разлитого акушерско-гинекологического перитонита. *Wentzlin* считает, что произведенное при перитоните в первые 24 часа чревосечение может дать благоприятный результат. Он советует оперировать даже в заведомо тяжелых случаях, но с наименьшей травмой: вскрытие живота по средней линии, делать малый разрез, щадить брюшину, применить спинно-мозговую анестезию, вливать эфир в брюшную полость, а также широко ее дренировать. Одновременно всячески надо тонизировать сердечно-сосудистую систему и весь организм, вводить раствор глюкозы интравенозно. *Purah* и *Oldfield* тоже советуют в первую очередь дренировать брюшную полость, а при возможности удалить и источник инфекции. *Molin* и *Condamin* считают, что при остром перитоните после аборта при своевременной постановке диагноза немедленное чревосечение нередко приостанавливает дальнейшее прогрессирующее процесса.

Наши данные о хирургическом лечении разлитых акушерско-гинекологических перитонитов таковы:

1-х	операция по поводу	лопнувшего пиосальпинкса	перитонит . . .	выздоровление	
2-х	"	"	"	септического криминального выкидыша. . . . .	выздоровление
2-х	"	"	"	восходящей инфекции из придатков, суправагинальная ампутация матки с удалением придатков . . . . .	выздоровление
2-х	"	"	"	при послеродовом перитоните (роды с бабкой) . . .	смерть—1 выздоровл.—1
1-х	"	"	"	при септическом криминальном выкидыше . . . . .	смерть
1-х	"	"	"	послеоперационный перитонит (рак шейки матки) .	смерть

Надо указать, что в последних 3-х случаях операция производилась по вышеописанному типу щадящей операции с минимальной травмой: быстро, непродолжительный эфирный наркоз, разрез по средней линии и дополнительные разрезы в боковых частях живота. Обеспечивалось широкое дренирование брюшной полости. Несмотря на это получился неуспех. Неудача эта подтверждает, что при выраженной картине септического перитонита и тяжелом общем состоянии больной, к сожалению, вряд ли что поможет. Здесь нет уже смысла делать даже эту минимальную по травматичности операцию.

Венцовский на 15 оперированных перитонитов получил 12 смертей. Смертность таким образом—75 проц. Другие авторы при септических перитонитах получили еще худшие данные. Крениг, например, потерял всех больных оперированных им по поводу септического перитонита.

При перитоните, развившемся на почве разорвавшегося пиосальпинкса, многие авторы тоже предлагают оперировать консервативно. Séhaïque советует, например, ограничиться разрезом и вставлением тампона. Большая операция—удаление матки и придатков, по его мнению, нецелесообразна. Здесь общее состояние организма плохое, и опасно подвергнуть его еще операционной травме. Да и техника при пиосальпинксах с многочисленными спайками затруднена.

Но есть другая группа чисто гинекологических перитонитов, где не советуют оперировать по другим соображениям. Не потому, что больные безнадежны, а потому, что консерва-

тивное ведение их дает лучшие результаты, чем оперативный путь.

Übermuth подчеркивает общеизвестное положение, что раз гинекологические перитониты часто бывают на почве гонорреи, а они имеют склонность к ограничению, лучше их не трогать (в смысле хирургическом). Правда, надо отметить, что в острых стадиях довольно трудно распознать иногда сразу имеем ли мы разлитой прогрессирующий перитонит или только вспышку тазового перитонита. Виккер подчеркивая это указывает, что собственно топическая диагностика важна в первые сутки. Если, например, это острый аппендицит, надо немедленно оперировать. Если же имеются данные за генитальный воспалительный процесс, надо случай наблюдать и оперировать при первых признаках прогрессирования болезни. В дальнейшем, когда процесс идет дальше, все равно откуда бы он не исходил, надо оперировать. Как трудно бывает иногда разобратся, показывает описанный ниже в приложениях случай.

Разрыв пиосальпинксов, как указывалось, явление—редкое по сравнению с большим количеством воспалительных процессов гениталий. K. Ruge на 1500 тяжелых воспалительных придатковых процессов лишь в одном из них видел разрыв пиосальпинкса. И хотя это явление редкое, тем не менее в случаях угрожающих разрыву его, как-то: быстрое увеличение пиосальпинкса, сильные боли, некоторые авторы (Штекель, Карл Руге) советуют делать пункцию пиосальпинкса. Если это не удастся сделать через влагалище, предлагают это производить даже через брюшные стенки. На материале в 100 таких пункций Руге видел хорошие результаты.

Мы в некоторых случаях быстрого роста пиосальпинкса сделали пункцию через влагалище и отмечали не только прекращение увеличения гнойников, но наступал даже перелом в сторону рассасывания. О том, что одна пункция инфильтрата даже без отсасывания гноя имеет благотворное значение, отмечал профессор Малиновский. Повидимому, здесь имеет значение перестройка внутритканевого давления, в результате чего и наступает рассасывание.

## Разрыв матки во время беременности и родов.

Если раньше, говоря о разрыве беременной матки, почти исключительно подразумевали таковой во время родов, то теперь нужно говорить и о разрыве во время беременности. Ибо накопилось достаточно клинического материала, из которого явствует, что разрыв беременной матки может наступить, когда роды еще не начинались.

Цвейфель говорит, что разрыв матки это самое плохое, что может случиться с роженицей. По Штекелю младенец при этом почти всегда погибает. Мать, если разрыв произошел на дому, тоже в громадном большинстве погибает даже, если она потом привезена была в больницу и ей была оказана квалифицированная медицинская помощь. Отсюда понятна серьезность положения больных с разрывом матки и то большое значение, которое должна иметь в клинике эта патология. Раньше обычно различали два вида разрывов матки с точки зрения так сказать производящего момента:

1. Самопроизвольный разрыв. Матка рвется самопроизвольно, редко от каких-либо посредственных причин: падение, удар по животу и проч.
2. Насильственный разрыв матки, большей частью во время или вследствие акушерской операции. Разрыв нередко уже подготовлен течением родов или особенностью состояния маточной стенки.

Но угрожающее состояние не распознается, и часто грубо выполняемая операция дает разрыв. Примерами могут служить поворот при залуценном поперечном положении плода, щипцы при головной водянке. Среднее место между насильственным и самопроизвольным разрывом матки могут, повидимому, занимать те неподходящие случаи, где назначались без разбора усиливающие родовую деятельность средства.

Штекель и другие квалифицируют разрывы по тому, что исцеляется.

Известно что большею частью происходит разрыв нижнего маточного сегмента, собственно разрыв матки или Бандлевский разрыв. Это может получиться тогда, когда нижний сегмент, будучи фиксирован у двух своих концов, перерастягивается сверх предельной своей устойчивости.

Реже происходит разрыв влагалищного свода или даже отрыв матки от влагалища—*сôrparorrhëxis*. Очень редко бывает, повидимому, циркулярный отрыв *portio vaginalis*. Клейн указывает, что ему из литературы известны с 1860 до 1935 года—21 такой самопроизвольный отрыв и 20 случаев инструментального отрыва. Клейн описывает такой случай, когда оторвавшаяся *portio vaginalis* свисала наружу на небольшой ножке.

Смотря по тому, какие слои матки разрываются, разрывы ее делят на:

1. Полные разрывы матки—разорвались все слои. Половая трубка непосредственно сообщается с брюшной полостью.
2. Неполные разрывы матки—разорвалась только мускулатура. Сероза остается целой, и половая трубка через разрыв не сообщается с брюшной полостью.

В наших 2-х случаях разрывы матки при запущенном переносном положении были полными.

Статистики разных авторов по частоте разрывов матки широко варьируют. Так, Михайлов (цитир. по Груздеву) процент разрывов матки в России определял в 0,15 проц. родов. Иванов, по данным Московских родильных учреждений, на 118581 родов в 124 из них или в 0,11 проц. отмечал разрывы. По Штекелю эта частота колеблется от 1:6100 до 1:235 родов. Как справедливо отмечает этот автор, вряд ли процентное вычисление частоты разрывов, в особенности, приемная во внимание только что указанное колебание, может иметь большое практическое значение. Оно, понятно, может быть показателем постановки акушерской помощи в данном месте или в данном учреждении. Процент разрывов может сильно колебаться в зависимости от того стекаются ли в данное родильное отделение все случаи, охватывает ли оно родпомощью всех рожениц или туда попадают преимущественно тяжелые случаи. И хотя, как дальше будет указано, многие случаи разрывов матки, повидимому, зависят от предрасположенной причины, все же своевременная акушерская помощь может наверное устранить большую часть наступления разрыва. Проф. Побединский пишет, что разрывы матки редко бывают при своевременной и разумной помощи во время родов. И в наших 2-х случаях своевременная терапия, конечно, могла бы спасти рожениц.

Если разрыв матки во время родов бывает редким явлением, то тем реже он бывает во время беременности. Тем

не менее, за последние годы такие описания нередко попадают на страницах наших журналов.

Михайлов (по Груздеву) на 98 разрывов матки нашел 68 самопроизвольных. Ледомский собрал 128 случаев разрыва матки, из них 99 самопроизвольных. Если расположить его случаи в порядке локализации поражения, то получается, что было:

97 случаев	разрыва нижнего сегмента матки
11	„ „ в области дна
1	„ „ тела ниже дна
11	„ отрыва сводов.

Freund, приводя статистику в 551 случае разрыва матки указывает, что 546 из них было повторнородящих и только 5—первородящих. Fritsch на 500 разрывов матки дает такие цифры разной этиологии:

388 . . . . .	узкий таз,
45 . . . . .	водянка головки.
50 . . . . .	запущенное поперечное положение.
17 . . . . .	не найдено было причин.

Наш небольшой материал дает 3 случая разрыва матки: 2—вследствие запущенного поперечного положения и 1—исключительный по своей редкости случай, когда сделанное рукой бабки прободение матки фактически превратилось в громадный разрыв септически пораженной матки на третьем месяце беременности.

Наиболее подробный перечень этиологических причин разрыва матки приводит в своем «Руководстве по акушерству» проф. Штекель. Это будут, по его словам:

1. Узкий таз. Тот факт, что при меньших степенях сужения таза чаще могут встречаться разрывы, чем при больших степенях, этот автор объясняет тем, что при вторых положение настораживает акушеров, они тщательнее наблюдают за случаем и не допускают до разрыва.

2. Неблагоприятные положения и вставления: поперечное положение, при чем матка рвется чаще с той стороны, где лежит головка плода; задне-теменное предлежание, лицевое с направленным кзади подбородком.

3. Ненормальная величина предлежащей части: водянка головки, ненормально большой и плотный череп у крупных или переношенных младенцев, выпавшая рядом с головкой ручка и проч.

4. Ущемленная в тазу опухоль, например, киста яичника, не дающая возможности опуститься подлежащей части плода.

5. Рубцовые изменения влагалища могущие представить непреодолимые препятствия для самопроизвольного родоразрешения.

6. Резко выраженный отвислый живот. Головка плода направляется не по оси таза, а к задней части нижнего сегмента матки и к поясничной части позвоночника. Нижний сегмент матки и верхняя часть влагалища при этом перерастягиваются, и может наступить их разрыв.

Наибольшей популярностью до сих пор считалось объяснение данное Бандлем для разрыва матки. Общеизвестно, что существует граница между активно работающей и все утолщающейся в процессе родов вследствие сокращения верхней частью матки и нижней частью все растягивающейся и истончающейся. В нее входит нижний сегмент матки и влагалище. В последние годы новейшие авторы все чаще указывают (Stieve, Martius), что матку, как вне беременности, так и во время ее и родов, следует делить не на 2, а на 3 части. Это будут тело, истмус-межуточная часть и шейка. Такое деление является целесообразным не только с чисто анатомической стороны, но и функциональной. На основании клинических наблюдений установлено, что истмус во время родов является частью плодовместилища, принимая участие в выходной трубке. При нормальных родах граница между этими только что указанными частями родового канала не поднимается выше симфиза и поэтому не бывает заметной. В случаях же патологических, когда например, по пути продвижения вперед подлежащей части плода наступают серьезные препятствия, возникает отклонение. Верхняя часть все утолщаясь и сокращаясь поднимает за собой все выше указанную разграничительную линию. Нижняя же часть растягивается все больше и больше. И, наконец, наступает предел растяжимости этой части родового канала, и происходит разрыв его стенки. Следовательно, Бандль и большинство других авторов именно перерастяжением нижнего сегмента матки объясняют наступление его разрыва. По их мнению, растягиваемая часть матки оказывается при этом фиксированной между головкой плода и тазом. Шредер дополнил учение Бандля дав название пассивной части—выходная трубка, а активной—полый мускул. Этот же автор указал на значение высоты стояния границы между этими частями рождающей матки—контракционного кольца. По мнению Груздева, в большинстве слу-

чаев механизм разрыва матки происходит именно таким образом. Имеется однако целый ряд других авторов, который возражает против такой главенствующей роли теории Бандля, у нас главным образом Вербов. Они основываются на тех случаях, где разрыв матки происходит без всяких предвестников. К случаям разрыва матки во время родов, когда происходит растяжение нижнего сегмента матки, приложима теория Бандля. Но если еще растягивания матки и даже родов нет — указанная теория неприменима. Поэтому главное значение в этиологии разрывов матки эти авторы придают патологическим изменениям мышц матки.

Еще Давыдов в своей диссертационной работе (1895 г.) указывал, что в послеродовых матках имеется большое количество эластических волокон. В случаях же разрывов матки волокна эластической ткани подверглись резким изменениям, потеряли свою форму. В некоторых таких случаях в волокнах отмечалась зернистость, получались обрывки без резких очертаний. Следовательно, Давыдов изменяет эластической ткани в этиологии разрывов матки придает большое значение. Иванов и др. с этим не соглашаются. Последний автор полагает, что разрыв матки может наступить на месте развития соединительной ткани в результате узуры. Поэтому, по его мнению, разрывы бывают большей частью в нижнем сегменте на местах подвергающихся наибольшему сдавлению головкой плода. Вербов придает большое значение хрупкости маточной стенки, при чем уже ничтожная травма (кашель, смех) могут вызвать разрыв матки. Однажды уже происшедший разрыв матки сохраняет предрасположение данного случая к повторному разрыву. Так, Миронова собрала из литературы 28 случаев повторного разрыва матки. Бывали и очень редкие случаи: 2 раза трехкратный разрыв матки и 1 раз четырехкратный. Однако отмечены случаи, когда после происшедшего разрыва матки наступали нормальная беременность и роды. По мнению проф. Груздева все зависит от того, как зажил разрыв.

Вышеуказанными причинами Штекель и другие авторы не исчерпывают всех способствующих разрыву матки факторов. Таковыми называют следующие предрасполагающие моменты:

1. Большое число предшествующих родов. Действительно у первородящих процент разрывов матки очень низок. Приведенная выше статистика Freund'a о разрывах у перво и повторнородящих это положение достаточно красноречиво подчеркивает. Даже при большом перерастяжении

нижнего сегмента матки у первородящих с узким тазом разрывы матки—очень редкое явление.

2. Рубцы маточной стенки. Прежде всего о кесарском сечении. Недостаточно совершенная техника зашивания матки, плохое заживление ее могут дать несостоятельный рубец, который угрожает разрывом матки в родах. В этом отношении корпоральное кесарское сечение дает худшие результаты в смысле частоты разрывов, чем ретроэвентральное шейное сечение. Приведем статистику Beutner'a о частоте разрывов матки после того и другого вида кесарского сечения:

Вид кесарского сечения . . . . . % разрывов матки

Шейное,

Трансперитонеальное

кесарское сечение . . . . . 0,28%

Корпоральное сечение . . . . . 1—4%

Интересные данные по поводу состояния матки после первичных кесарских сечений приводит Wetterwald. В его отделении произведено было 200 шейных сечений, при чем он в большинстве случаев имел возможность наблюдать последующий акушерский статус у своих больных. На такое большое число операций он наблюдал всего один разрыв, и то большая часть рожать в домашней обстановке. Важно отметить, что при повторных кесарских сечениях он не отмечал сколько-нибудь заметные внутрибрюшные сращения столь частые после корпоральных сечений.

Далее нужно отметить бывшие прободения матки при выскабливаниях. При разрыве в таких случаях может рваться рубцово измененная стенка матки. Таким образом на отягощенный анамнез (оперативное родоразрешение, выскабливание матки, послеродовые заболевания и проч., ведущие нередко к воспалительному процессу стенки матки) следует уже при поступлении роженицы обратить особое внимание. Это заставит акушера насторожиться (случай Fauwet). 3. Аномалии прикрепления плаценты. Здесь следует указать на этиологическое значение placenta accreta и placenta praevia.

При первой форме ворсинки послеродовой ткани очень интимно врастают в стенку матки. Последующее удаление такого плацента ведет к истончению на известном пространстве стенки матки, рубцевому ее изменению. Также предрасполагает к разрыву матки и предлежание плаценты. При этом

наиболее уязвимая часть — нижний сегмент матки разрыхлен. Нередко кроме того имеет место приращение последа. И вполне понятно, что в некоторых случаях достаточно небольшого насилия, чтобы наступил разрыв матки. По Иванову на 124 случая разрыва матки в 12 это имело место в случаях предлежания последа.

4. В настоящее время указывают на значение конституционального фактора, главным образом — недостаточное развитие матки и инфантильное, неполноценное состояние ее мышечной ткани. Считают, что такие матки сравнительно бедны полноценными мышечными волокнами и богаче обычно малорастяжимой не эластичной соединительной тканью. Такое же значение могут иметь:

5. Пороки развития матки — двойная, двурогая матка, ее дивертикулы.

Для некоторых случаев в этиологические факторы самопроизвольного во время беременности разрыва матки приводятся гестозы. Об этом в частности говорит Нейт в описании своего случая самопроизвольного разрыва беременной матки на 9-м месяце. Приводится еще одно объяснение наступающего иногда самопроизвольного разрыва матки даже при небольших сроках беременности. Лазарев на основании своих данных доказал, что в первые 4—5 месяцев сенсбилизация мозговых центров понижена, а рефлекторная возбудимость спинного мозга повышена. Последняя может стоять в связи с повышением внутриматочного давления. Достаточно может быть не очень даже большого напряжения, при несостоятельности маточной стенки, чтобы последняя не выдержала напряжения и получился разрыв.

Несмотря на большое значение механических несоответствий в родах, например, между головкой и тазом, я на основании литературного обзора и собственных правды немногочисленных наблюдений считаю, что главная и наиболее частая причина наступающего разрыва матки не в этом. Я полагаю, что главное в резистентности маточной стенки. Наблюдая сплошь и рядом роды при узком тазе, прямо что называется диву дивисься, как это матка при такой продолжительной и большой работе — родовой деятельности — хорошо выдерживает громадную травму. С другой стороны, самопроизвольные разрывы беременной матки и разрывы матки в родах с повышенной температурой могут обусловить разрыв очень быстро. Я считаю, что последний фактор (инфекция) в этиологии разрывов матки мало оценивали. А между тем хирург, которому приходилось шить разрыв инфицированной матки, хорошо помнит как такая

матка часто буквально разлезается под рукой. Приходится в таких случаях решиться на более радикальный путь из-за невозможности сохранить матку—экстирпировать ее. Дряблость и легкую разрываемость маточной стенки хорошо демонстрирует наш нижеописанный случай.

Почему собственно чаще разрывается нижний сегмент матки и верхняя часть влагалища? Кроме функциональных причин—растяживаемость, истончение в процессе родов—уже упомянутых, некоторый ответ на этот вопрос может дать анатомическое строение этой области. Известно, что тело матки более массивно, состоит из ряда слоев мышц. Шейка же матки более богата соединительной тканью, следовательно, менее эластична и менее растяжима. Стенка влагалищного свода, образующая во время родов непосредственное продолжение раскрытой шейки, тоньше остальной части влагалища. Здесь нет *columna rugarum*. Вокруг этой части рукава нет ни мышц, ни фасций тазового дна (F r e u n d). Таким образом, нижний сегмент матки, шейка последней и свода влагалища из-за их тонкостенности представляют собою наиболее предрасположенные к разрывам участки половой трубки. Во время нормальных родов эти части стойко противостоят растяжению, так как это явление сравнительно кратковременно. Но если перерастяжение их продолжительно или если требуется не физиологическая задача—быть не только короткое время выходной трубкой, но и плодородным местом, то наступает разрыв. Несомненно, что резистентность, выносливость стенки матки, как уже упоминалось, имеет большое значение. Бумм указывает, что стенка матки нормального строения долго выдерживает постепенное растяжение. Она может истончаться до нескольких миллиметров, а все-таки разрыв ее не наступит. Наоборот, патологически измененная ткань матки потеряв свою эластичность является уже предрасположенной к разрыву. Последний может наступить здесь очень быстро.

Наиболее частая локализация разрывов матки—в нижнем ее сегменте вдоль какого-нибудь ребра, несколько наискось книзу. Но разрывы могут быть на передней или задней стенке матки. Продольные и косые разрывы по статистике большинства авторов чаще, чем поперечные. В наших 3-х случаях разрыва матки направление его шло 2 раза спереди и 1 раз сзади наискось сверху вниз. Величина разрыва колеблется в широких размерах от маленького отверстия до такого дефекта, который по Штекелю может достигать почти отделения полого мускула от нижнего сег-

мента матки. Обычно отверстие в брюшине значительно меньше, чем в мышцах. При так называемом *colporrhexis* может разорваться передний или задний свод или же матка может совершенно отделиться от сводов. Fauwet описывает случай самопроизвольного разрыва беременной в 8 месяцев матки. В дне отмечалось небольшое выпячивание и перфорационное отверстие, через которое выпирала плацентарная ткань. Heim приводит описание неполного разрыва матки самопроизвольного, где под серозой просвечивали гемморрагические пятна, а в параметриях отмечались большие гематомы.

Что состояние мышц в этиологии разрыва матки играет крупную роль показывает изучение препарата матки в случае Fauwet, ее макроскопическая и микроскопическая картина. В месте интимного прикрепления последа, где отмечался впоследствии разрыв, стенка матки оказалась значительно истонченной. При микроскопии этого участка отмечалось сравнительно редкое попадание в поле зрения мышечных волокон, размножение соединительной ткани и круглоклеточная инфильтрация. Деструктивного роста хориальных клеток в толщу стенки матки не было. Иванов при микроскопии стенки матки в области ее разрыва видел картину хронического воспалительного процесса: средняя степень ютека соединительной ткани, круглоклеточную инфильтрацию. И мы в клинике в описанном в приложениях случае самопроизвольного разрыва матки при микроскопическом исследовании ее стенки в области разрыва находили аналогичную картину. Некоторые авторы на месте рубца матки, например, после кесарского сечения находили в децидуальной ткани лейкоцитарную инфильтрацию, клетки хориона глубоко вросли в стенку матки. Таким образом становятся понятными предрасполагающие причины к разрыву матки в патолого-анатомическом смысле.

Причинами наступающего правда редко отрыва *portio vaginalis* Klein'ом, Häuselmann'ом и др. приводятся следующие моменты:

1. Недостаточная эластичность, плохая растягиваемость.
2. Возможные рубцы на ней вследствие оперативного пособия.
3. Иногда происходит вследствие долгого стояния головки сдавливание шейки матки между тазом и головкой последующее нарушение питания и даже отделение *portio vaginalis*.
4. Длинная шейка матки—инфантилизм.
5. Так называемое *conglutinatio orificii externi*.

Хотя в литературе описываются случаи разрывов беременной матки, следовательно, без картины угрожающего разрыва и имеются отдельные больные, где разрыв наступает быстро, тем не менее в большинстве случаев, повидимому, существует стадия, где опытный и внимательный исследователь эту угрозу определит. Поэтому в клинике разрывов матки обычно различают 2 стадии—клиника угрожающего разрыва и таковая уже наступившего разрыва матки. Эти две стадии описываются большей частью отдельно.

Для состояния угрожающего по разрыву матки характерны следующие симптомы. Прежде всего изменяется характер схваток.

Несомненно для того, чтобы преодолеть большое препятствие, мускулатура матки должна выполнить значительную работу. Схватки становятся все более интенсивными частыми, промежутки между ними короче. Наконец, родовая деятельность повышается до бурной степени, переходя иногда в столбняк (*tetanus uteri*). Контракционное кольцо—граница между сократившейся верхней частью матки и растянутой ее нижней частью—постепенно поднимается все выше, приближаясь к пупку. Если борозда, эта опознавательная черта, находится около пупка, случай следует считать угрожающим по разрыву матки. Тогда ниже его прощупывается болезненный вследствие большого растяжения нижний сегмент. Страдает общее состояние больной. Она беспокоится, стонет. Язык сух, пульс учащен, температура большей частью повышена.

Совсем другую картину представляет собой больная при уже наступившем разрыве матки. Схватки после бурной родовой деятельности сразу прекратились. Проф. Штекель очень тонко подмечает резкий контраст между бывшими резкими болями у роженицы и наступившей сразу полной безболезненностью. Он говорит, что можно выслушивая такой рассказ от мужа или акушерки поставить диагноз разрыва матки чуть ли не по телефону. Далее характерно наступившее тяжелое состояние больной. Как известно, тяжесть состояния при разрыве матки зависит от шока и внутреннего кровотечения. Больная, по Штекелю, обычно не сразу истекает кровью. Образуются, по его словам, из-за последующего понижения кровяного давления тромбы. Лишь, когда тромб оторвется, кровотечение опять возобновляется. Наш нижеописанный случай, наблюдаемый нами в клинике, как и ряд других описаний в литературе, доказывает, что смерть от кровотечения может последовать буквально в течение не-

сильных минут. Что же касается описанных двух стадий угрожающего разрыва матки и уже наступившего разрыва, то мы в Сталиногорской больнице наблюдали только картину уже наступившего разрыва матки. Обе больные с запущенным поперечным положением и выпавшей ручкой прибыли в больницу после разрыва матки, наступившего вне нашего учреждения.

Кровотечение из места разрыва матки может быть только внутреннее, только наружное или одновременно внутренним и наружным. Боль в момент наступившего разрыва матки больной может определяться как острая, пронизывающая. Наши больные отмечали, что у них дома во время сильных болей живота было ощущение—«что-то лопнуло». После этого боли прекратились. При разрыве матки плод может остаться в ней или быть вытолкнутым в брюшную полость. Тогда матка прощупывается внизу живота в виде отдельной опухоли. Отдельные же части плода большей частью легко определяются под брюшными покровами, как бы под рукой. Это и было в двух наблюдавшихся у нас случаях.

Основное, конечно, при случившемся разрыве матки—общее тяжелое состояние больной: резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых, обморочное состояние, частый плохого наполнения пульс, холодные конечности и проч.

К сожалению, диагностика разрыва матки далеко не всегда так проста, как только что указано. Об этом говорят случаи Иванова и других. Разрыв матки приходится иногда дифференцировать не только от акушерской патологии, но и чисто хирургической. Надо упомянуть о преждевременной отслойке детского места, апоплексии яичника, разрыве плододместалища при внематочной беременности, перфоративной язве, перекрученной кисте яичника. Иногда разрыве еще следует иметь в виду прободной аппендицит и разрыв пиосальпинкса. Побединский считает, что в некоторых неясных случаях допустимо для более точного определения случившегося разрыва матки осторожное введение руки под наркозом. Краулем в 1928 году обращено было внимание на то (цитировано по Линникову), что у больных с разрывом матки в течении короткого времени наступает значительно выраженный метеоризм. Это он объясняет быстро наступающей атонией кишечника, возникающей как рефлекторный процесс на разрыв еще до образования перитонита. Линников в своем случае самопроизвольного разрыва матки на 6-м месяце беременности якобы мог

этот симптом подметить. Мы не считаем этот симптом специфичным для разрыва матки, так как вздутость живота часто сопутствует всякому острому процессу в брюшной полости.

При уже случившемся разрыве, как и в случаях угрожающих по разрыву матки, должно быть проводимо в жизни немедленное родоразрешение.

Раньше даже в клинических учреждениях в случаях второго рода (угрожающий разрыв) говорили об акушерских консервативных операциях. В род. отделениях с худшей обстановкой речь обычно шла о раздробляющих плод операциях—перфорация головки, декапитация или эмбриотомия. Теперь Küstner, Lichtenstein, Stoeschel в таких случаях предлагают производить кесарское сечение, фактически оказывающееся здесь наиболее бережным методом родоразрешения. В России еще в 1911 году проф. Грамматикати при живом плоде предлагал производить кесарское сечение при запущенном поперечном положении. Улучшающаяся оперативная техника, применение трансперитонеального ретро-везикального сечения должны будут дать лучшие результаты, чем при прежнем классическом кесарском сечении. При наступившем уже разрыве матки положение еще худшее. Главная опасность для роженицы здесь будет смерть от потери крови и перитонита. Поэтому теперь является общепризнанным положение, что всякий случай разрыва матки должен срочно оперироваться путем чревосечения. Имевшееся раньше предложение, чтобы врач в неотходящей обстановке все таки извлек бы плод и после через естественные родовые пути, затампонировал бы матку, наложил бы давящую повязку на живот и проч. должно быть окончательно оставлено. Оперировать только через живот. Ибо если этот путь опасен и дает еще неважные результаты, то другие пути являются совершенно несостоятельными. Необходим срочный и по возможности бережный транспорт пострадавшей роженицы в такое учреждение, где ей может быть сделано чревосечение. При этом большую часть приходится производить как в смысле более надежного гемостаза, так и для удаления очага инфекции или полную экстирпацию матки или в крайнем случае суправагинальную ее ампутацию. По этому поводу Скробанский говорит, что он охотнее, в особенности у женщин имеющих детей, удаляет матку, чтобы убрать орган, который должен проделать обратную инволюцию. В некоторых неинфицированных случаях, что, к сожалению, бывает редко, можно постараться оставить матку зашив раз-

рыв. При неполном разрыве матки предлагают произвести удаление плода и последа через естественные родовые пути. Мы вряд ли можем с этим согласиться. Ибо если разрыв распознан, путь может быть только один— вышеуказанный. Но не всегда неполный разрыв распознается. Повидимому, во многих маловыраженных случаях эта патология проходит незамеченной. По Бумму из числа женщин, перенесших разрыв матки, умирает около  $\frac{1}{3}$ . Другие авторы представляют еще худшие статистики. На нашем материале на 3 случая разрыва матки умерло 2 больных. Во всех трех случаях была произведена под эфирным наркозом операция— суправагинальная ампутация матки. В брюшную полость вливался эфир.

## Преждевременная отслойка нормально расположенного последа.

Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места несомненно относится к одной из самых серьезных патологических форм в акушерстве. Утверждение, что оно встречается очень редко, остается верным для тяжелых случаев с резко выраженными клиническими проявлениями. Если же принять во внимание все формы не только легкие клинические отклонения, но и те, где клиника совершенно не выражена, и случай может быть отнесен к преждевременной отслойке плаценты только по ее осмотру, то, конечно, суммарное количество таких случаев будет немалым.

Статистики разных авторов тогда будут примерно такими:

Pankow . . . . .	0,41%	родов
Albeck . . . . .	0,94%	"
Prager . . . . .	0,6%	) шти- ровано по Пра- ге
Sloan Hospital (Dormans) . . . . .	0,6%	
John Hopkins Hospital (Williams) . . . . .	0,7%	
Rotunda Hospital (Dublin) . . . . .	0,74%	
Hartmann . . . . .	6%	

Поскольку мы в своей работе говорим о случаях дающих картину «острого живота», несомненно здесь может быть речь лишь о клинически выраженных формах. Тогда статистические данные будут несколько иными:

1. Нейш (вторая Будапештская клиника) . . . . .	0,21%	родов
2. Поволоцкая—Введенская . . . . .	0,18%	"
3. Kraul, Herzfeld . . . . .	0,18%	"
4. Обуховская больница . . . . .	0,17%	"
Гентер . . . . .	0,12%	"

У нас за 4½ года работы в Сталиногорске на 6700 родов был 1 такой случай с ясно выраженной клинической картиной преждевременной отслойки последа во время родов. Что же касается осмотра последа, то на основании этого можно было заключить о преждевременной отслойке по семи последам.

Известно, что при предлежании последа преждевременная отслойка его нижнего полюса является обычным последствием начинающейся родовой деятельности. При нормально прикрепленном последе, расположенном в верхнем сегменте, этого не бывает. При схватках увеличивается давление на послед со стороны полого мускула. Но это уравновешивается противодействием со стороны плода и околоплодных вод, как на это указывает Штекель и другие. По Гентеру при преждевременной отслойке последа происходит где-нибудь в decidua serotina незначительное разделение ткани, наступает нарушение целостности маточно-плацентарных сосудов и кровоизлияние. Ввиду повышенного давления в образовавшейся гематоме, она будет способствовать дальнейшему отделению последа, вскрытию сосудов и увеличению кровоизлияния. Получается таким образом *circulus vitiosus*. В наибольшем месте кровоскопления гематома давит в двух противоположных направлениях, выпирая стенку матки наружу и послед внутрь. При сильном истончении стенки матки может остаться целой только сероза—брюшинный покров матки, и наступит *ruptura uteri incompleta*. Или же может образоваться даже трещина матки—*fissura uteri* с кровотечением в брюшную полость. На месте гематомы ткань последа сдавлена, истончена, темно-красного цвета, пропитана кровоизлиянием. При осмотре материнской стороны родившегося последа можно распознать преждевременно отделившиеся его части по указанным признакам и старым сгусткам крови.

Эти особенности были хорошо выражены в нижеописанном случае преждевременной отслойки последа, а частично отмечались в 7 других осмотренных последах.

Если нижний край последа тоже участвует в его отслойке, то кровь находит себе дорогу между стенкой матки и оболочками и может получиться и наружное кровотечение. Если же этого не случится, образуется лишь внутреннее

кровоскопление. В нашем случае были небольшие кровянистые выделения наружу и большое внутреннее крово скопление.

Как подчеркивают и новейшие литературные данные, одним из наиболее частых этиологических моментов в описываемой патологии считается нефрит. При нем нередки инфаркты в последе. До 57% младенцев у матерей больных нефритом бывают или мертвыми или нежизнеспособными. По-видимому, в силу интоксикации нарушается физиологическая связь между плацентой и измененным эндометрием. Нарушение этой связи идет в спонгиозном слое. Раньше в этиологии преждевременной отслойки нормально расположенного детского места главное значение придавалось внешним травматическим моментам. Таковыми считались удар в нижнюю часть живота беременной, падение на живот. Потом начали считаться и с внутренними травмирующими моментами. Например, потягивание плодом пуповины при опускании его в таз при относительной или абсолютной короткости пуповины, коротких оболочках в смысле проф. Колосова (смотри его «Оперативное акушерство»). Резкое уменьшение объема матки и, следовательно, быстрое понижение внутриматочного давления, как это бывает после отхождения вод при многоводии, рождения одного плода при двойнях и проч. тоже, по мнению многих авторов, могут вызвать эту патологию.

Но ючень скоро доминирующими факторами стали считаться другие, не механические причины. Еще Winter в 1885 году, а за ним Herzfeld и др. стали отмечать, что в происхождении ретроплацентарной гематомы доминирующую роль играют почечные заболевания. Поволоцкая—Введенская на основании материала Ленинградского Акушерско-Гинекологического Института считала, что только в 7 проц. значение может быть придано травме в этиологии преждевременной отслойки последа, а в 42,1 проц. случаев имелись указания на поражение почек (альбуминурия, лейкоциты в моче и проч.). Бумм указывал, что, кроме грубых механических инсультов, большое значение имеет болезненное изменение тканей, создающих повышенную ранимость сосудов в месте прикрепления последа (хронический эндометрит, нефрит, сифилис). Клауег также придает токсическим причинам большое этиологическое значение. Штекель, перечисляя разные моменты в этиологии преждевременной отслойки, останавливается на колебании кровяного давления (Базедова болезнь, порок сердца) и образовании крово скопления, на группе заболеваний токсикозов беремен-

ности (неукротимая рвота, желтуха, эклампсия). По ряду авторов частые следующие одни за другими беременностями и воспалительные процессы гениталий ведут к несостоятельности маточной стенки. Herzfeld полагает, что здоровая плацента следует за небольшими сокращениями матки при беременности, и послед при этом не отслоится. Если же имеются патологические изменения в сосудах хориона, наступают отслойка и кровотечение даже при указанных только что условиях. Довольно часто не представляется возможным в каждом конкретном случае определить этиологический момент данной патологии. Это подтверждается статистикой Гентера приводимой по данному вопросу. На 87 случаев с преждевременной отслойкой детского места он мог только в 32 из них отметить этиологический момент:

Поражение почек . . . . .	16
Геморрагический диатез . . . . .	2
Мисгородие . . . . .	3
Двойни . . . . .	2
Двурукость . . . . .	1
Поперечное положение . . . . .	3
Короткая пуповина . . . . .	3
Травма . . . . .	2

И югать таки травматических моментов в среде других — явное меньшинство.

У нас всего был один случай с клинически выраженными данными преждевременной отслойки детского места. Здесь отмечалось поражение почек.

Мы полагаем, что при разборе своего материала каждый акушер должен будет травматические моменты отодвинуть на задний план. В самом деле, как часто отмечается относительная короткость пуповины, как нередко попадают другие виды внешней и внутренней травмы, и как редко при них происходит преждевременная отслойка последа. Наоборот, описаны случаи, где было лишь отмечено незначительное напряжение брюшного преса при кашле, рвоте, и этого, сравнительно ничтожного фактора оказалось достаточно, чтобы вызвать преждевременную отслойку последа. Несомненно таким образом интоксикация, повышенная ранимость маточно-плацентарных сосудов по Бумму и ряд других может быть малоизученных конституциональных факторов являющихся здесь основными.

Клиника, своевременное распознавание преждевременного отделения последа имеют большое значение. Успех терапии зависит большей частью от ранней постановки диагноза.

По мнению большинства авторов основанном на клинических фактах, если послед отделился на протяжении половины своей поверхности, оставшаяся площадка недостаточна для поддержки: необходимого обмена между материнским организмом и плодом. Последний в таких случаях неминуемо погибнет. Если отделение произошло на одной третьей части последа, плоду также угрожает опасность, если немедленно не будут приняты меры по скорейшему родоразрешению (Франкль). Мать же может погибнуть от кровотечения: наружного или внутреннего. Если есть наружное кровотечение, то оно вместе с другими клиническими данными сможет навести на правильный диагноз. Как известно, кровянистые выделения из половой щели у женщины в конце беременности характерны для предлежания последа, если у беременной нет схваток. Мысль акушера и направляется обычно по этому пути. Рагер указывает, что в таких случаях надо думать и о возможности не только отделения предлежащего последа, но и нормально расположенного. Если же наружного кровотечения нет, то диагноз затрудняется и он сможет быть установлен лишь путем наблюдения иногда длительного. По Кларк, кровотечение может начаться или неожиданно или после небольших предвестников. В течение короткого времени кровотечение может привести к опаснейшим симптомам, иногда и к смерти. Оно может наступить не только в родах, но и начаться в последние месяцы беременности.

Нам естественно интересуют те состояния женщин с преждевременной отслойкой детского места, которые могут быть отнесены к типу «острого живота». Здесь надо указать на два характерных симптома, которые бывают выражены в тяжелых случаях: 1) резкая болезненность при пальпации значительно увеличившейся матки; 2) нарастающие явления анемии и шока.

Матка сразу быстро увеличивается вследствие скопления между стенкой матки и последом. Первая очень напрягается. Сероза матки растягивается, и это вызывает резкую болезненность при наружном исследовании большой. Дно матки в некоторых случаях может определяться у реберного края и мечевидного отростка. Части плода перестают прощупываться, сердцебиение плода перестает определяться, конечно при развитой уже картине. Резкая анемия больной при отсутствии сколько-нибудь значительного наружного кровотечения указывает, что есть, повидимому, источник внутреннего кровотечения. Некоторое значение для распознавания может иметь, по мнению Гентера, дли-

тельное напряжение плодного пузыря. Prager указывает на следующие характерные, по его мнению, симптомы при преждевременной отслойке последа.

1. Внезапные сильные боли живота.
2. Кровянистые выделения из половой щели.
3. Напряжение матки.
4. Нет схваток.
5. Вскоре после рождения плода выходит со старыми густыми послед.

Далеко не всегда легко поставить диагноз преждевременной отслойки последа. Приходится дифференцировать тогда эту патологию с другими заболеваниями: разрывом матки, разрывом варикозного узла ее, разрывом плодоместимлища при внематочной беременности, иногда с перекрученной кистой яичника. Важно тщательное собрание анамнеза. От разрыва матки отличает то, что ему предшествует бесплодная родовая деятельность, хотя, как указывалось, описаны случаи разрыва матки в начале родов и даже при беременности.

Приводим отдельные клинические цифры по преждевременной отслойке последа. У Гентера на 86 таких случаев было 11 первородящих и 75 повторнородящих.

Возраст их на этом материале распределяется так:

До 20 лет . . . . .	6 случ. . . . .	6 проц.
21 до 30 лет . . . . .	36 " . . . . .	42 "
31 " 40 " . . . . .	40 " . . . . .	46 "
Свыше 40 лет . . . . .	4 " . . . . .	5 "

Нашей больной—первородящей было 19 лет. Начало заболевания у Гентера отмечалось:

Во время беременности . . . . .	28 случ. . . . .	32 проц.
В первом периоде родов . . . . .	47 " . . . . .	54 "
Во втором " " . . . . .	12 " . . . . .	14 "

У нашей больной клиническое проявление преждевременной отслойки последа отмечено было в первом периоде родов.

Говоря о лечении при преждевременной отслойке детского места нужно подчеркнуть, что здесь, конечно, должен быть проведен один принцип: поскорее закончить роды и опорожнить матку. Как Гентер указывает, при этой патологии акушерства применялись разные способы от разрыва плодного пузыря и до кесарского сечения и даже ампутации матки. Само собою разумеется, что при современной

оперативной технике вряд ли кто-нибудь будет колебаться с выбором способа при выраженной картине отслойки последа, серьезном состоянии больной и закрытых родовых путях. Здесь нужно остановиться только на чревосечении. Кесарское сечение, а при резко выраженной атонии матки или значительном изменении ее стенок—суправагинальная ампутация. Если пути раскрыты, то ввиду легкости пособия, вероятно, акушер прибегнет к простейшему—разрыв плодного пузыря. Тоже и мы сделали в своем случае. Сюда же может быть присоединен и поворот на ножку, а если положение того требует, то и последующее извлечение плода. Смотря по стадии родов возможно придется проводить еще какую-нибудь операцию. Всегда в первую очередь надо помнить о матери, так как плод большей частью уже погиб. После родоразрешения надо всегда думать о возможной атонии матки и анемии, применяя в случае надобности переливание крови. Гентер в клинической обстановке имел при кесарском сечении 2 смерти, настолько грозна эта патология. Это были: 1—после брюшинностеночного сечения и 1 после влагалищного сечения.

Смертность детей в значительной степени зависит от периода родов. Наивысшая детская смертность будет при отслойке последа во время беременности. Почти всегда младенец погибает прежде, чем удастся его извлечь оперативным путем. Вообще же детская смертность при отслойке последа очень высокая, как это видно из приводимой таблицы:

Гентер . . . . .	82,2 проц.
Steffens . . . . .	81,4 „
Zweifel . . . . .	80 „
Herzfeld . . . . .	78 „
Pankow . . . . .	76 „
Frankl . . . . .	62 „

В нашем описанном в приложениях случае преждевременной отслойки последа клиническая картина не была такой грозной, чтобы потребовалось чревосечение. Больную удалось родоразрешить, применяя лишь разрыв плодного пузыря. Младенец родился мертвым.

## Выворот матки.

Выворот матки—*Inversio uteri*—это редкая патология, при которой матка выворачивается как бы наизнанку. В более де-

монстративных случаях из наружного зева выпячивается вывороченное тело матки в виде круглой сочной опухоли, ярко-красного цвета. Слизистая поверхность матки при этом глядит наружу, серозная оболочка обращена внутрь, в воронку, образовавшуюся при вывороте. По литературным данным, обыкновенно выворот ограничивается телом матки, а шейка, влагалище, мочевого пузыря остаются на своих местах. Но описаны случаи с выворотом и шейки матки и даже с выгядением влагалища. На месте вдавления дна матки, как уже указано, образуется воронка, куда втягиваются круглые и широкие связки, придатки. Последние сначала втягиваются в воронку, но затем, как многие авторы отмечают, благодаря действию *lig. infundibulo-pelvicis* они вновь из нее вытягиваются, по крайней мере до края воронки. Обращенные друг к другу серозные поверхности матки могут склеиваться и даже зарости. Смотря с какой стороны рассматривать выворот матки вообще различают таковые:

- а) По времени возникновения выворота.
  1. Острый, внезапно наступающий выворот.
  2. Хронический—постепенно образующийся.
- б) По вызывающей причине.
  1. Самопроизвольный выворот.
  2. Насильственный, чаще всего вследствие:
    - а) выдавливания последа по Креде;
    - б) потягивания за пуповину.
- в) По патогенезу:
  1. Вывороты у родильниц.
  2. Огкюгенетические.

Выворот матки в родильных учреждениях с хорошо поставленной работой—явление очень редкое. Кацнельсон в Петербургском повивальном институте на 45000 родов отмечал выворот матки 1 раз, в Марьинском родильном доме 1 раз на 20000 родов. По данным Гентера на 270.000 родов имел место выворот 2 раза или 1 выворот на 135.000 родов. Рыжков (цитировано по Груздеву) отмечал 1 случай на 300.000 родов в Петербургском родовспомогательном заведении и на 135000 родов 1 раз в разных родильных домах Петербурга. Zangemeister полагает, что за 22 года в Германии описано было 76 выворотов матки или 1:400.000 родов. Векшанп дает цифры 1:200000 родов у перво и 1:600000 родов у повторнородящей. Mason и Rucker дают 1 случай выворота матки на 123364 родов. Вне больниц вывороты матки у родильниц встречаются чаще и тем чаще, чем менее квалифицированная помощь может быть

оказана на месте. Онкогенетические вывороты встречаются, повидимому, чаще. Нам лично пришлось наблюдать 1 случай послеродового выворота матки в Сталиногорске (больная была доставлена из деревни) и 3 онкогенетических при наличии родившихся подслизистых фибром матки.

Говоря об этиологии выворота матки надо указать, что большое значение придается возможности насильственного выворота. Как уже указывалось, выдавливание последа по Креде при расслабленной матке и потягивание за пуповину являются, по мнению многих авторов, основными ошибками, из-за которых может произойти выворот. Предрасполагающими моментами в таких случаях являются паралич плацентарной площадки, короткая пуповина, большой тяжелый послед, интимное прикрепление его к дну матки. Благодаря этим факторам может произойти вдавливание, а затем вследствие сокращения матки и полный ее выворот. По Груздеву для происхождения выворота матки необходимы 3 условия:

1. Достаточное раскрытие шейного канала.
2. Расслабленное, атоническое состояние стенок матки.
3. Давление на дно извне или влечение за него изнутри.

Некоторую усугубляющую выворот роль может сыграть повышенное давление брюшного пресса. Но все же основное, повидимому, не в насильственных моментах для происхождения выворота матки. Еще Бекман в 1894 году говорил, что чаще бывает самопроизвольный выворот. На 100 случаев выворота матки Бекман мог указать:

В 54 случаях—самопроизвольное возникновение.

В 21 случае—насильственное возникновение.

В 25 случаях—не была указана причина.

Ряд авторов отмечает, что выворот наступает у молодых первородящих, неполноценных в конституциональном отношении слабых малокровных женщин. Наш единственный случай послеродового выворота матки отмечался у 18-летней первородящей с признаками общего инфантилизма больной.

Совершенно прав проф. Гентер, который указывает, что выдавливание последа по Креде даже с применением значительной силы—явление вовсе не исключительное. А между тем выворот матки—патология очень редкая. Раньше надо помассировать матку, добиться сокращения ее стенок, а потом уже приступить к выдавливанию последа во избежание выворота. Это есть всегда необходимый для выполнения закон. Но дело, повидимому, не только в искусственно вызванном сокращении стенок матки. Вопрос в состоянии

их вообще. Бумм отмечал, что при нормальной ретракции матки, толстые ее стенки не допускают выворота даже при применении силы. Vogt и Mansfeld объясняют происхождение выворота матки Status thymico-lymphaticus. Причины, следовательно, по мнению многих, в неполноценности мышц матки, некоторой конституциональной их слабости. На такой почве даже небольшая травма, как то: кашель, чихание, натуживание и проч. может иногда стать решающей в смысле возникновения выворота матки.

Некоторое объяснение механизма выворота токогенетического (послеродового) дает Кюстнер на основании исследования своих 2-х случаев. Дело шло о больных с частично выворачивающейся задней поверхностью матки вследствие интимного сращения их с одной долькой последа. Уже при осмотре зеркалами послеродовой матки в наружном зеву Кюстнер увидел частично вывернутую заднюю поверхность тела матки. Если бы потягивали за неотделенный еще послед, то мог бы произойти полный выворот. Кюстнер и полагает, что большей частью выворот начинается с той части внутренней поверхности матки, которая ближе прилегает к зеву (а не с тела матки), а затем уже выворачивается все тело матки наизнанку.

Слабостью, неполноценностью мускулатуры матки можно объяснить и выворот ее онкогенетического происхождения. Здесь прикрепленная к дну подслизистая фиброма тянет за собою на ножке место своего прикрепления. Постепенно в движение — потягивание книзу — вовлекаются и соседние участки тела матки. Вес опухоли и сокращения матки действуют совместно и завершают начавшийся выворот. Но опять-таки здесь требуется предрасположенная причина — дряблость мускулатуры, ослабление наружного зева, что бывает или у старух, или у истощенных продолжительными маточными кровотечениями и гиперсекрецией болюных.

С точки зрения состояния «острого живота» у больных с острым выворотом матки будут сильные боли живота, шок и коллапс вследствие резкого нервного раздражения из-за растяжения брюшины. У них отмечается резкая бледность кожных покровов, частый малый пульс. В прошедшем через шейный канал теле матки получается застой. Тело матки сильно набухает и большей частью значительно кровоточит. В шоке у больных с острым выворотом матки может наступить даже смерть. Чаще однако смерть у них наступает от значительной кровопотери. Но если больная справилась от шока и кровотечения, ей угрожает третья

опасность при вывороте, а именно—инфекция. Воротами для нее в первую очередь является вывернутая слизистая оболочка матки. Недаром смертность при вывороте матки так велика. По Штекелю острый выворот дает 15—20 проц. смертности.

Диагноз ставится на том основании, что положения на живот женщины рука на обычном месте не находит матки. Свисающая из половой щели опухоль является вывернутым телом матки. На месте дна ее представляется возможным найти воронку. Еще яснее становится дело, когда к вывернутой наизнанку слизистой матки прикреплен еще не отделившийся послед. Очень яркая иллюстрация этого тяжелого страдания приведена в классическом руководстве по акушерству Бумма. Наш случай описан в приложениях.

Картина юнкогенетического выворота матки не так ярко выражена. Часто вначале выворот мало беспокоит больных. Вследствие получившегося здесь при вывороте застое слизистой матки кровоточит при исследовании, половом сношении и вообще при движениях больной. Отмечаются гнойные выделения, десквамация и даже гангрена слизистой матки. Для дифференциальной диагностики выворота матки от подслизистой фибромы ее предложены некоторые приемы. Штекель советует тянуть пулевыми щипцами опухоль книзу. Если при этом влагалищная часть шейки становится короче и шейка ввертывается или даже исчезает, то это говорит за выворот. Если же влагалищная часть удлиняется или если опухоль удастся оттянуть книзу и шейка не укорачивается, то это говорит о миоматозном полипе на ножке. Для обследования основания опухоли советуют обойти ее пальцем. Если между опухолью и стенкой матки провести палец нельзя, то продвигают зонд. Если зонд проходит далеко, это говорит против выворота. При этой манипуляции надо соблюдать большую осторожность, так как возможно прободение матки. Против полипа на ножке говорит малоподвижная при поворачивании вокруг своей оси опухоль и очень толстая мясистая ее ножка. О возможности выворота матки при удалении значительного полипа матки всегда надо помнить. Описаны в литературе серьезные ошибки (Гентер), когда за полип принималась вывернутая матка и она перевязывалась. Некоторые указывают, что при подозрении на выворот матки надо постараться найти отверстия труб. Вокруг них отмечаются небольшие возвышения в виде валиков. К сожалению, при значительном застое и других изменениях на слизистой вывернутой мат-

ки их найти вряд ли всегда можно. В нашем случае послеродового выворота матки мы их не нашли.

Лечение выворота матки будет, конечно, оперативным и проводится оно в зависимости от случая. Если выворот произошел меньше суток тому назад, случай—не очень инфицированный послеродовой, то необходимо вправление—*Reinversio* или *repositio uteri*. Если это не удастся, необходима какая-нибудь из нижеуказанных операций. Вправление матки следует сделать обязательно в глубоком наркозе, так как без этого у больной может наступить повторный тяжелый шок. Кроме того, под наркозом расслабляется кольцо шейки матки, через которое легче будет вдвинуть обратно тело матки. Репозиция производится таким образом, что матку захватывают всей рукой. Сильно раздвинув пальцы стараются вправить обратно тело матки в желоб шейки. Сила необходима, но если она окажется слишком большой, может наступить разрыв шейки.

Если репозиция не удастся или она не показана, прибегают к разным операциям. Делают или влагалитную экстирпацию матки, или упрощенную операцию по Штекелю: с 4-х сторон пришивают вывернутое тело к шейке матки—по 1-му шву с каждой стороны. На один см. ниже швов отрезается матка. Брюшина зашивается. Кровотечение останавливается путем обшивания. Тугая тампонада влагалитная.

Из других операций, где у молодых женщин желательно сохранить матку, следует упомянуть о методах Кюстнера и Керера. При первом производится:

- а) вскрытие дугласа, прощупывается воронка и рассекается задняя стенка матки до наружного зева;
- б) матка вворачивается и зашивают ее стенку;
- в) зашивается задний свод.

При методе Керера рассекается передняя стенка матки. При миоме с вворачиванием матки можно в неинфицированных случаях отделить или вылущить опухоль и вправить матку.

В случаях выворота матки и неотделившегося еще последа Бумм и др. советуют раньше отделить послед, обеззаразить внутреннюю поверхность матки, а затем уже ее вправить. В запущенных случаях при значительно выраженной инфекции матки, конечно, необходима ее экстирпация. То же и мы проделали в своем случае.

Некоторые споры вызывает время, когда вправить вывернутую матку. Раньше большинство авторов и теперь многие (Гентер) советуют вправление матки делать по возможности скорее, чтобы не наступило еще сокращение коль-

ца зева. После вправления советуют делать порячий влагалитный душ и дать подкожно сокращающие матку вещества. В последнее время имеются предложения отложить вправление матки на несколько часов. Соображения таковы, что к имеющемуся уже шоку может прибавиться шок от вправления и даже наступить смерть. Филипс, например, советует отложить вправление на срок от 2—6 часов. Он на основании материала из английской литературы в 184 случая дает такие данные. Оказывается, что немедленное вправление давало до 30 проц. смертности, выжидание же только—5 проц. Если после выворота прошел срок превышающий 24 часа, то вправление сначала подготавливали тугон тампонадой влагалитца.

От выворота матки следует отличить описанную в малом инвагинацию матки. Это есть послеродовое вворачивание сокращающегося маточного тела в расслабленную выходную трубку. При ней кольцо сокращения смещается вглубь и может показаться у наружного маточного зева. Разницу выворота матки от ее инвагинации можно себе уяснить из приложенных схематических рисунков.

Лечение этой аномалии такое же, как и лечение атонии выходной трубки: массаж, возбуждающие сокращения гладкой мускулатуры средства, тампонада.

## Аппендицит и беременность.

Раздел об аппендиците вообще у женщин несомненно составляет предмет хирургии. Если мы аппендицит при беременности относим к акушерскому «острому животу», то это потому, что он имеет свои особенности, важные для каждого акушера-гинеколога. Надо, чтобы акушер помнил всегда об этом подчас тяжелом осложнении.

Еще в 1759 году Mestivier описал случай смерти беременной на 8-м месяце вследствие прободного аппендицита. И хотя это осложняющее беременность заболевание бывает, составляя в абсолютных цифрах довольно значительное количество больных, все же этому вопросу уделяется в литературе сравнительно немного внимания. Так, Певзнер за ряд лет работ посвященных аппендициту у беременных нашел лишь 4. Одни авторы полагают, что аппендицит при беременности является нечастым явлением (Вебер, Stähler, Fatyol и др.). Гентер говорит, что острый аппендицит у беременных встречается не чаще, чем у небеременных. Являясь нечастым спутником беременности, неко-

торые считают, что беременность не предрасполагает к возникновению аппендицита (Stähler). Певзнер на основании обзора литературы и своих данных на вопрос служит ли беременность предрасполагающим моментом к аппендициту отвечает: беременность является предрасполагающим моментом к обострению, а иногда и к возникновению аппендицита. Приводим отдельные статистические данные.

Окинчиц определяет частоту аппендицита в 1 случай на 1000 беременных, Portes и Segny дают соответственно 1 случай на 1000—1500, Stoeckel 1:1500. Sonnenburg на 2000 аппендицитов произвел 3 раза эту операцию у беременной и 1 раз у роженицы. Алипов на 207 операций по поводу аппендицита 5 раз отмечал их у беременных, а среди 33 аппендикулярных абсцессов ни разу этой патологии у беременной не видел. Fraenkel на 40.000 акушерско-гинекологических операций имел лишь 4 раза операции при беременности и аппендиците. Последняя цифра вряд ли особенно доказательна, так как чаще всего такие больные все-таки попадают к хирургу. Fatyol на основании материала Будапештской клиники в 26000 родов указывает, что аппендектомия 6 раз произведена была во время беременности и 1 раз в послеродовом периоде. Babler (по Окинчицу) к 1907 году в литературе мог найти описание 207 случаев с описываемой патологией. Pinard говорит, что аппендицит у беременных встречается не реже, чем у небеременных. Вероятно, указывает он, беременность предрасполагает к этому заболеванию. Греков считает, что аппендицит при беременности встречается чаще, чем это полагают. Мы, как указано ниже, могли по Сталиногорску отметить эти случаи 8 раз. Мы здесь говорим лишь о случаях остро протекавших и потребовавших оперативного пособия.

Касательно этиологии аппендицита при беременности, вероятно, придется говорить то, что известно об этиологии аппендицита вообще. Нужно лишь отметить, что возможные перегибы червеобразного отростка с ростом беременности (Генгер) и часто сопровождающие ее запоры (Успенский) могут способствовать возникновению острого аппендицита или обострению старого процесса.

С точки зрения патолого-анатомической при аппендиците во время беременности по Slawatschoky (цитирован по Красовитову) следует иметь в виду некоторые особенности. Отмечающееся полнокровие брюшины будет спо-

способствовать развитию воспалительного процесса в ней иногда и из малого очага. А воспаленная брюшина, как выражается Алипов, представляет собой обширное поле для всасывания вредоносных начал в кровь беременной. Далее, вследствие нередко при этом поражении наступающего выкидыша или преждевременных родов может возникнуть гематогенным путем или *per continuitatem* инфекция матки, плаценты, пушовины и органов плода. Такое распространение инфекции может создать чрезвычайно тяжелое положение вплоть до летального исхода. Наконец, важно, в какой части брюшной полости протекает воспалительный процесс. Уже указывалось на общеизвестный факт, что воспалительные процессы в нижней части живота протекают легче и имеют склонность к отграничению. Наоборот, чем выше к диафрагме, тем процессы протекают тяжелее, более склонны к генерализации процесса, превращению в общий разлитой перитонит. Само собою разумеется, что беременная матка отодвигает аппендикс все выше. Если беременность достигла значительного срока, то одними своими перемещениями при движении тела матки может препятствовать отграничению процесса, противодействовать инкапсуляции и даже разрывать спасающее положение спайки. При этом может даже случиться излитие гноя из осумковавшегося вокруг аппендикса мешка. Стенки аппендикулярного абсцесса могут растягиваться увеличенной маткой, лопнуть. Кроме того, движениями плода сотрясается гнойник. Отсюда понятно, почему аппендицит во время беременности вообще и в особенности во второй ее половине протекает тяжелее, чем вне беременности. В подтверждение этому могут быть приведены следующие цифры. По Окинчицу гнойные аппендициты при беременности дают до 25 проц. смертности. Таковые вне беременности — от 6—10 проц. Munde доварит, что в послеродовом периоде аппендицит дает колоссальную смертность. По Ростовцеву смертность при аппендиците и беременности составляет до 45 проц., а по Штекелю доходит даже до 70 проц., а в поздние сроки до 100 проц. Такие же мрачные цифры приводит и Гентер—30—70 проц. Другие авторы не столь пессимистичны (König, Weber, Sonnenburg). Поликарпов на 11 случаев аппендицита и беременности имел лишь 1 смерть. Правда, надо отметить, что он оперировал большую часть случаев с хроническим течением.

Fat y o l описал 6 случаев аппендицита и беременности, из них:

1	случай	на 3-ем м-це	беременности
2	"	"	4-м "
2	"	"	5-м "
1	"	в конце	беременности.

5 первых случаев оперированные вскоре после начала приступа закончились выздоровлением. Наступили срочные роды. В последнем же случае имел место паралитический илеус и смерть.

Мы на своем материале имели 8 случаев аппендицита и беременности, из них 4 мы наблюдали в гинекологическом отделении, а 4 — в хирургическом. Смертность была в 2-х случаях, нарушение беременности — в 3-х. В 5-ти случаях, несмотря на произведенную операцию в острой стадии, беременность дошла до благополучного конца и закончилась рождением живого доношенного младенца.

Нам думается, что статистика исходов зависит не только от формы аппендицита, срока беременности, а прежде всего от своевременной постановки диагноза. В этом нас убедило подробное исследование нашего материала. Если рано распознать положение, быстро прооперировать больную, таких цифр вроде вышеуказанных получено быть не должно. Мы полагаем, что тяжесть положения зависит еще от 2-х следующих причин. Беременная женщина часто так привыкает к болям внизу живота, что все боли сваливает на беременность. Даже, когда боли значительны, такая больная редко не обратится к врачу. Отсюда нередко слишком позднее посещение больницы или поликлиники. Иногда уже тогда, когда вряд ли и операция поможет. С другой стороны, повинны и врачи. И может быть акушеры, как более консервативно настроенные в смысле ведения беременной врач, имеют поэтому и худшие результаты. Такая беременная с аппендицитом, особенно во 2-й половине беременности, чаще обратится к врачу-акушеру. Но если в начале беременности дифференциальная диагностика между аппендицитом и начинающимся выкидышем не так трудна, то во второй половине беременности она становится трудной. А чем ближе к срочным родам, тем труднее отличить аппендицит скажем от начинающихся преждевременных родов. И врачи привыкшие к многочисленным и разнообразным жалобам беременных на боли могут проглядеть в начале аппендицит. Надо твердо помнить, что у каждой беременной женщины, кроме болей от сокращений матки, могут быть боли от приступа острого аппендицита, холецистита и других острых процессов. Надо принять во внимание, что все эти осложнения у беременной часто протекают тяжелее,

чем вне беременности. Большая нагрузка для организма фактором самой беременности, повидимому, ослабляет защитные приспособления его для борьбы с осложнениями.

Разбирая наш материал, мы должны упомянуть о поступивших в наше отделение в разное время двух случаях аппендицита на седьмом и восьмом месяце беременности. Обе больные жаловались на значительные боли живота, но на амбулаторном приеме все это было отнесено к жалобам на боли вследствие беременности. Больные были госпитализированы лишь на следующий день. При произведенных вскоре после поступления у них операциях были удалены гангренозные отростки и найден был уже разлитой перитонит. Обе больные погибли.

Симптомы острого аппендицита при беременности будут в первую очередь таковыми, как и без нее: приступ значительных болей в правой подвздошной области, боли при пальпации этой области, напряжение мышц брюшной стенки (последнее из-за беременной матки нередко нелегко распознать), тошнота, рвота, повышенная температура, лейкоцитоз. При разборе последнего показателя надо помнить, что, по данным некоторых авторов, сама беременность тоже может обусловить некоторый лейкоцитоз.

К сожалению, по причинам вышеуказанным и фактор самой беременности и некоторые другие данные могут затемнять картину. При дифференциальной диагностике аппендицита при беременности надо иметь в виду приступ печеночных колик, пиелит, реже перекрученные опухоли яичника или внематочную беременность при одновременном существовании у больной маточной. О поражении печени или желчного пузыря можно думать особенно во второй половине беременности, поскольку червеобразный отросток отодвинут вверх. Надо помнить, что при холецистите, например, боли чаще отдают в сосок, в подложечную область и тупость болезненного очага переходит в печеночную. При аппендиците же боли большей частью отдают в лупок, а тупость места поражения отделяется от печеночной тупости зоной тимпанического звука. При пиелите мы будем иметь данные со стороны мочи, кроме того пульс обычно менее учащен, чем при аппендиците.

Уже давно было указано на связь между женской половой сферой и аппендиксом, именно в смысле общности лимфатических путей (Clado 1892 г.). Таким образом объясняли возможность перехода инфекции с одного из этих органов на другой. Окинчиц считает, что поскольку между лимфатическими сосудами матки и аппендиксом имеется связь

(Барадулин), лимфатический путь заражения матки из аппендикса является, повидимому, доминирующим. Тиканадзе из клиники Федорова на основании изучения патолого-анатомических препаратов пришел к убеждению, что взаимная связь между заболеваниями этих органов несомненно имеется, что инфекция может переходить в них путем соприкосновения их серозных поверхностей. Hartmann на основании своего случая считает, что инфекция с аппендикса на правые придатки может переходить не по лимфатическим путям этих органов, которые будто имеют анастомозы, а по брюшинной складке—*lig. appendiculo-ovarica*. Hartmann наблюдал случай опорожнения аппендикулярного абсцесса через трубу, матку—во влагалище.

Примерно по тому же механизму произошла инфекция беременной матки из аппендикса в двух случаях описанных Вебером. В первом из них при шестимесячном выкидыше отмечался аппендицит. При вскрытии аппендикулярного абсцесса гной попал, повидимому, в близлежащую трубу. Последствием явился септический эндометрит и смерть от заражения крови. В другом при 3—4 месячном выкидыше был аналогичный исход. Ростовцев считает, что путь перехода инфекции с аппендикса на внутренние половые органы—*per continuitatem*:

1. Через брюшину, при разлитом общем перитоните.
2. Через *lig. appendiculo-ovarica*.

Как уже указывалось, предсказание при аппендиците во время беременности всегда серьезно. В начале беременности при своевременном распознавании и быстром оперировании положение может быть лишь немного хуже, чем при аппендиците вне беременности. Но с ростом беременности предсказание становится все серьезнее. По словам Алипова, большая беременная матка (свыше 4 месяцев) нарушает топографо-анатомическое строение брюшной стенки. Она сглаживает границы между отдельными гнойеместилищами при сумковании аппендикулярного гнойника, способствует разлитию гноя по брюшине и генерализации перитонита. Тяжелый прогноз дают при беременности прободные аппендициты. Во второй половине беременности аппендицит таит в себе больше опасности (Поликарпов). Особенно же серьезно, по мнению большинства авторов, аппендицит в послеродовом периоде.

Abrahms (цитировано по Певзнеру) сравнивает аппендицит при беременности с внематочной беременностью. Это похоже, поворот он, на человека имеющего в кармане динамит.

Но если так грозен аппендицит при беременности, то логичен и вывод, к которому приходят Пинар (Pinard) и Сегон (Segond): «Раз в течение беременности поставлен диагноз аппендицита, к операции надлежит приступить немедленно».

Советуют оперировать каждую беременную аппендицитом также Munde, Abrahms, Успенский. Поликарпов ссылаясь на свой материал считает, что в межтоточно-холодном периоде следует производить операцию аппендектомии, как и в небеременном состоянии.

В то же время некоторые авторы при хронических аппендицитах не так радикальны. Гентер, например, указывает, что легкие случаи аппендицита при беременности могут самопроизвольно излечиваться. Приведенные выше данные поворят против этого положения. И мы на основании своих уже указанных случаев полагаем, что неизбежным должно считаться мнение Пинара и др., по которому, всякий распознанный при беременности аппендицит подлежит оперативному лечению. Важность раннего оперирования лишней раз подтверждают многочисленные описанные случаи в литературе.

Сегон приводит случай острого аппендицита на 5-м месяце беременности, когда к операции приступили через двое суток от начала заболевания. Имелись уже признаки разлитого перитонита. Смерть. Schmid приводит случай прободного аппендицита при беременности на седьмом месяце. Операция сделана вскоре же после начала приступа. Выздоровление. Беременность закончилась срочными родами. Этот же автор описывает другой случай запущенного прободного аппендицита. Смерть последовала через несколько часов после операции, а еще раньше наступил выкидыш мертвым плодом.

Если в начале беременности оперативный метод при аппендиците обычен, то при росте ее техника усложняется. В таких случаях советуют делать разрез несколько выше обыкновенно, чтобы не попасть на тело беременной матки. Как указывает Алипов, при аппендикулярном гнойнике большая матка мешает хирургу, целесообразно освободить и дренировать гнойное скопище. Кроме того в начале беременности обычно речь идет только об удалении червеобразного отростка. В конце же беременности, в особенности при начинающемся перитоните, имеется и более радикальное предложение. Так, Гентер при перитоните на почве аппендицита в конце беременности советует сначала опорожнить матку, а затем удалить отросток. Красовитов

описывает свои два случая прободного аппендицита с начинающимся гнойным перитонитом при беременности на седьмом и восьмом месяцах. Сделано было кесарское сечение и удалены ютроски. Автор этот сделал кесарское сечение руководствуясь следующими соображениями. Он считал, что:

1. Выкидыш здесь все равно наступит и что
2. Кесарское сечение для данной больной будет проще и безопаснее, чем нередко длительное время протекающий выкидыш.

Это тем более важно иметь в виду, что иногда приходится такой тяжелой послеоперационной больной еще оказывать какую-нибудь оперативную акушерскую помощь.

На совместном заседании акушерско-гинекологического и хирургического обществ в 1935 году в Бреславле по вопросу об аппендиците при беременности свыше 7 месяцев в серьезных случаях также предложено было делать кесарское сечение. По мнению выступавших там хирургов и акушеров, быстро уменьшающаяся при впоследствии наступающих родах или выкидыше матка может нарушить ютграничивающие спайки. С другой стороны, может иногда наступать даже инфекция матки и плодного яйца.

Раз мы затронули вопрос об аппендектомии при беременности, волей-неволей приходится хотя бы коротко остановиться на показаниях к чревосечению вообще в этом состоянии женщины. Этот вопрос затрагивает на страницах американского „Journal Surgery etc“. Shallenberger. Он говорит, что оперативное вмешательство при беременности допустимо только в случаях крайней необходимости. Прежде всего речь может идти об острых воспалительных процессах в брюшной полости, грозящих перфорацией и перитонитом. Чаще всего приходится оперировать по поводу острого аппендицита. Быстро растущие или инфицированные кисты яичников, перекручивание их также могут стать показанием для вмешательства. В исключительных случаях приходится при беременности оперировать на желчных путях и желудке. В первой половине беременности, если возможно вообще ожидание, лучше оперировать не ранее 10 недель беременности, чтобы уже успел образоваться послед. Указанному автору на 2000 беременных пришлось оперировать 19 раз, из них:

Из последней группы больных в четырех случаях наступил выкидыш.

9 раз по поводу аппендицита ( 4—острых 5—подострых	
4 „ „ „	перекрученной кисты яичника
6 „ „ „	Фибром матки.

Алипов говоря об оперативных пособиях у беременных указывает, что в этом вопросе следует быть осторожным. Вместе с тем он приводит давно известные факты, что малые хирургические пособия у беременных выполняются успешно и переносятся ими хорошо. Неплохо проходят и более крупные операции, беременные обычно хорошо переносят наркоз. Мамаева на основании материала в 22 случаях чревосечений у беременных также считает у них возможным это оперативное пособие.

Какое же влияние аппендицита на беременность и каков исход последней.

Мы полагаем, что правильно будет привести по этому поводу положение Певзнера, что беременность и аппендицит — не совместимы, что беременность ухудшает течение аппендицита, а последний чреват для беременной и плода разными тяжелыми осложнениями вплоть до смерти. Поликарпов указывает, что во второй половине беременности аппендицит часто ведет к выкидышам и преждевременным родам. Последние же могут в свою очередь неблагоприятно отразиться на течение аппендицита. У Поликарпова на 11 случаев аппендицита и беременности в 60 проц. случаев имел место выкидыш. Проф. Розанов говорит, что аппендицит нередко вызывает самопроизвольный выкидыш. Красовитов на основании своих данных и ссылаясь на Ростовцева и др. присоединяется к этому мнению. Генгер считает, что в 50 проц. наступает выкидыш. Проф. Штекель приводит лишь один случай дошедшей до конца беременности после произведенной операции аппендектомии. Нам кажутся эти данные слишком мрачными. Выше уже указывалось, что под нашим наблюдением в хирургическом отделении Сталинградской горбольницы был ряд случаев беременных с острым аппендицитом. Своевременно сделанная аппендектомия, и беременность в громадном большинстве случаев дошла до благополучного конца. Также следует и из материала Fatyol. Shallenberger на 9 случаев аппендицита при беременности после операции лишь в одном из них получил выкидыш. Вебер также считает, что далеко не всегда на почве аппендицита наступает выкидыш. Он знает случаи хронического течения аппендицита с благоприятным концом беременности.

Непосредственных причин наступления выкидыша при аппендиците приводится немало. Алипов указывает, что при аппендектомии, как и при других операциях, неизбежно психическое волнение. Беременная не всегда хорошо реагирует на вмешательство. Физическая и психическая травма

могут вызвать сокращения матки и преждевременное прерывание беременности. Здесь может быть и прямая операционная травма беременной матки, в особенности во второй ее половине (Поликарпов). В ранних стадиях беременности, когда небольшая матка находится еще в малом тазу, непосредственная травма вряд ли имеет место. Указывают и на люмбальную анестезию, которая, по мнению Brindeau, может провоцировать выкидыш. Но теперь вряд ли найдется много хирургов, оперирующих аппендикит под люмбальной анестезией. Далее указывают на воспалительный процесс и связанную с этим токсемию. Окинчиц, как и ряд других авторов, причину прерывания беременности видит в заражении плаценты. Он приводит данные Пинара, который кишечную палочку находил даже в сосудах пуповины. Тут же упомянем, что, по мнению Вебера, есть некоторое основание предполагать, что кишечная палочка во время беременности усиливается в своей вирулентности. О пути контактной инфекции через трубы уже говорилось (Hartmann, Вебер). Гентер также причинами выкидыша при аппендиците считает раздражение матки, высокую температуру и интоксикацию. При этих условиях создаются для плода неблагоприятные условия. Плод умирает в матке и становится инородным телом вызывает ее сокращения.

Насколько велика разница в смысле возбудимости матки к внешним раздражениям у разных женщин, показывают следующие 2 случая приводимые Алиповым. В первом случае беременная 2-х месяцев несколько потянулась вверх. Получился выкидыш. В другом—беременная на 7-м месяце была поднята рогами коровы за живот и отброшена. Образовался разрыв передней брюшной стенки и выпадение петли кишок. Резекция сальника, вправление кишки и зашивание брюшной стенки. Беременность дошла до нормального конца.

## Профилактика акушерско-гинекологического „острого живота“.

Профилактика акушерско-гинекологического «острого живота» может естественно вестись в двух направлениях. Прежде всего в том смысле, что должны устраняться те состояния организма и лечиться те заболевания, на почве которых может возникнуть «острый живот». С другой стороны, не менее важная профилактическая работа, борьба за раннее распознавание и быструю оперативную помощь.

По первой части профилактики можно указать следующее. Больше всего надо иметь в виду столь частые воспалительные процессы гениталий. На этой почве в будущем может развиться в частности внематочная беременность. Отсюда же источник воспалительного процесса брюшины, чаще всего по типу пельвеоперитонита, реже разлитого перитонита. Поэтому лечить воспалительные процессы женской половой сферы, своевременно госпитализировать больных с обострениями является первейшей обязанностью акушера-гинеколога. Кисты яичников должны своевременно оперироваться, во избежание того, чтобы они перекручивались. Должно вестись по современным требованиям науки родовспоможение. Тогда такие осложнения как разрывы матки или послеродовые ее вывороты, которые в большом проценте случаев зависят от неправильного ведения родов, будут встречаться чрезвычайно редко. К сожалению, только что упомянутая профилактика остается во многих отношениях иногда лишь желательной и не всегда просто выполнимой.

Что же касается другой стороны профилактической работы по «острому животу», то здесь необходима четкая организация борьбы за раннее распознавание острого раздражения брюшины, за возможно быструю транспортировку больной с «острым животом» в больницу и срочную оперативную помощь. Здесь двух мнений быть не может. Необходимо пропагандировать среди врачей мысль о важности ранней диагностики острых брюшных заболеваний.

Надо широко развернуть взаимные врачебные консультации у постели больных даже на дому, ставить доклады об «остром животе» на врачебных конференциях, демонстрировать подобные случаи. Д-р Виккер предлагает даже вопрос об «остром животе» выделить в отдельную медицинскую дисциплину и сделать ее предметом обязательного изучения в медвузах и институтах усовершенствования врачей. В этом отношении надо приветствовать начинание Центрального Института усовершенствования врачей устроившего в январе 1937 года краткосрочный цикл по «острому животу» для квалифицированных врачей периферии.

В приложениях к этой работе имеется образец карты для больной с «острым животом». По ней мы предложили бы вести таких больных, начиная от первой встречи с врачом на здравпункте или выезде скорой помощи и до обратной выписки после операции. Может быть эта карта явится одним из тех пока немногих предложений для того, чтобы чем-нибудь выделить и оттенить важность вопроса об «остром животе» вообще.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Из обзора литературных данных и нашего материала следует известное уже давно положение, что «острый живот» или, как некоторые предлагают его называть, «острое раздражение брюшины» является очень важным разделом в медицине. Несмотря на то, что этот вопрос стар как человечество, дальнейшая разработка его продолжается. Ибо актуальность этой проблемы, в особенности у нас в Советском Союзе, все возрастает. За жизнь счастливых советских граждан должно бороться особенно рьяно. А здесь, ведь, все зависит от активности врача. Через все разделы настоящей работы проходит красной нитью одно положение — по возможности раньше госпитализировать больную с «острым животом» и срочно ее оперировать. Для этого требуются прежде всего знания и бдительность. А без этих качеств вряд ли вообще мыслима квалифицированная медицинская помощь. Чем лучше и быстрее врачи будут распознавать состояние «острого живота», чем скорее больной будет оказана оперативная помощь, тем больше будет спасено молодых жизней.

Общеизвестно, что исход операции у больной с «острым животом» даже при соблюдении всех необходимых условий далеко не всегда зависит от врача. Но врачи при выполнении уже двух упомянутых условий докажут, как выражается Виккер, что они сделали все, что достижимо для человеческого разума.

## ВЫВОДЫ.

Обзор литературных данных и своих наблюдений по акушерско-гинекологическому «острому животу» дают нам возможность сделать следующие выводы:

### 1. Общие принципы врачебной тактики при „остром животе“.

1. Немедленная госпитализация больных с острыми брюшными заболеваниями даже при малейшем подозрении на «острый живот».

2. Не давать слабительную без наличия явного энтероколитического симптомокомплекса.

3. Не затуманивать клинической картины дачей наркотических средств до того момента, пока не распознано заболевание и не принято решение об оперативном или консервативном ведении больной.

4. В леч. учреждении при неясности в распознавании или сомнении в отношении метода лечения при «остром животе» правильнее всего руководствоваться положением Лежара, что «сомнения должны решаться в пользу операции».

5. При распознавании отдельных патологических форм акушерско-гинекологического «острого живота» необходимо прежде всего общее исследование больной, а затем систематическое обследование живота.

6. Только после этого идет тщательное двуручное исследование. Отрицательные данные вагинального исследования еще не дают права исключить акушерско-гинекологический «острый живот».

7. Тщательный толково собранный анамнез оказывает неограниченную услугу в правильном распознавании заболеваний.

8. Острые раздражения брюшины на почве акушерско-гинекологических заболеваний в смысле яркости выраженных симптомов нередко уступают чисто хирургическим заболеваниям.

9. Боли живота у беременной женщины требуют пристального внимания врача и серьезной дифференциальной диагностики во избежание просмотра тяжелых сопутствующих беременности осложнений.

10. При дифференциальной диагностике «острого живота» в некоторых случаях приходится иметь в виду почечные, печеночные колики, диафрагмальные плевриты и плевропневмонии и проч.

11. Профилактика акушерско-гинекологического «острого живота» должна прежде всего вестись в том направлении, чтобы устранить те состояния и лечить те заболевания, на почве которых может возникнуть «острый живот».

12. Далее необходима четкая организация борьбы за раннее распознавание «острого живота», быструю транспортировку больной и срочную оперативную помощь.

13. Предлагаемая нами карта для больной с «острым животом» может помочь этой работе.

14. Необходимо повышение уровня знаний врачей по «острому животу» и фиксирование на этом внимания широкой врачебной массы.

15. Знание и бдительность всегда нужны для врача качества при распознавании состояния «острого живота» становятся особенно необходимыми.

## II. Внематочная беременность.

1. Решение вопроса о первичной локализации плодного яйца, а также о форме нарушения беременности, является часто затруднительным. Этим, вероятно, объясняется различие в статистиках у разных авторов.

2. Основным этиологическим фактором в патогенезе внематочной беременности являются предшествовавшие воспалительные процессы гениталий.

3. В распознавании внематочной беременности большое значение имеют нередко общее исследование больной и

тщательно собранный анамнез, чем двуручное исследование.

4. Реакция Антошиной—Егорова по нашим данным для диагностики внематочной беременности себя не оправдала.

5. Пункция заднего свода в некоторых сомнительных и трудных по диагностике случаях может считаться ценным вспомогательным диагностическим методом, конечно, при соблюдении соответствующих правил асептики и антисептики.

6. Переливание крови является необходимым пособием в тяжелых случаях разрыва трубы с резко выраженным малокровием.

7. Всякая распознанная внематочная беременность подлежит срочному оперативному лечению—чревосечению. В случаях с разлагающейся маточной кровяной опухолью показано дренирование заднего свода.

8. На перитонизацию культи трубы при внематочной беременности также, как и при других гинекологических операциях, следует обращать особенное внимание во избежание послеоперационных осложнений.

9. При прогрессирующей внематочной беременности второй ее половины следует оперировать одновременно, удаляя по возможности все части плодного яйца.

### III. Яичниковое кровотечение.

1. Редкие случаи внутрибрюшного кровотечения из яичника похожи по своему симптомокомплексу на внематочную беременность и требуют такого же лечения.

2. Чаще всего источником кровотечения является желтое тело.

3. При яичниковых кровотечениях обычно отсутствует задержка месячных и не бывает сопутствующих кровянистых выделений из матки.

### IV. Перекрученная киста яичника.

1. Обращает на себя внимание малое количество родов у больных с перекрученными кистами яичников, что, по-видимому, стоит в связи с прошлыми поражениями гениталий.

2. Перекрученная киста яичника может повлечь за собой тяжелые осложнения и требует немедленной операции.

3. Производимое обычно при операции раскручивание ножки кисты прежде, чем ее отсечь, вряд ли является целесообразным.

## V. Перекручивание трубы.

1. Большая редкость перекручивания труб по сравнению с таковым яичников следует прежде всего объяснить патолого-анатомическими их особенностями.

2. Диагностика перекручивания трубы является часто затруднительным.

3. Перекрученная труба требует срочного оперативного пособия.

## VI. Разлитой перитонит.

1. При общем разлитом перитоните у женщин следует в первую очередь исключить источник его из гениталий.

2. Наиболее частый путь септического акушерско-гинекологического перитонита—это прохождение инфекции из внутренней поверхности матки через ее существо по лимфатическим щелям.

3. Акушерско-гинекологические перитониты нередко уступают в смысле выраженности симптоматиологии чисто хирургическим перитонитам.

4. Эти разлитые перитониты вызываемые часто стрептококками дают плохой прогноз даже при ранней операции.

## VII. Разрыв матки.

1. Разрыв матки является несомненно одним из наиболее грозных осложнений у беременной и рожавшей женщины.

2. Кроме общеизвестной теории Бандля в этиологии разрыва матки большое значение имеет патологическое изменение стенок матки.

3. Методом выбора будут в случаях значительной травмы

матки или ее инфекции при разрыве суправагинальная ампутация или даже полная экстирпация матки.

4. Прогноз при разрывах матки для плода почти всегда очень плохой. Для матери прогноз также весьма серьезен.

5. Основным, конечно, является профилактика разрыва матки. Это может быть достигнуто хорошо поставленной работой как в акушерских стационарах, так и в женских консультациях.

### VIII. Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места.

1. Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места является весьма серьезным и грозным для беременной и рождающей женщины осложнением.

2. В этиологии этого страдания большей частью играют роль, повидимому, токсические моменты, повышающие ранимость сосудов.

3. При ярко выраженной картине требуется срочное оперативное пособие, нередко в виде кесарского сечения.

4. Прогноз для ребенка очень серьезен (большой частью он погибает).

### IX. Выворот матки.

1. С улучшением постановки дела родовспоможения должны исчезнуть грубо механические причины послеродового выворота матки.

2. Несомненное значение в этиологии этого страдания имеет конституциональная слабость, неполноценность мускулатуры матки.

### X. Аппендицит и беременность.

1. Аппендицит и беременность—несовместимы.

2. Беременность большею частью ухудшает течение аппен-

лицита, а последний нередко вызывает выкидыш или преждевременные роды.

3. Прогноз при аппендиците у беременной серьезен и зависит прежде всего от своевременного распознавания заболевания и времени оперирования.

4. Диагностированный при беременности аппендицит подлежит операции.

акusher-lib.ru

## ПРИЛОЖЕНИЯ.

### № 1. СЛУЧАЙ ОДНОВРЕМЕННОЙ МАТОЧНОЙ И ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Больная К—ва Л., 24 года, поступила в гинекологическое отделение 3 февраля 1933 года с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, общее плохое самочувствие.

В анамнезе 2 родов, последние 10 месяцев тому назад. Кормит 10-месячного младенца. Первый ребенок умер. Месячных после родов не было. Заболела в ночь приступом сильных болей внизу живота (после коитуса), был дома обморок.

Обращает на себя внимание резкая бледность больной, т-ра—37,2, пульс—96 слабого наполнения. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации, преимущественно в левой подвздошной области. Небольшое притупление перкуторного звука над этой частью живота. Двуручное исследование не дает точной картины, отмечается значительная чувствительность заднего свода. Пункция его дала темную кровь. При срочной операции—чревосечении оказалась левосторонняя трубная беременность. В брюшной полости значительное количество жидкой крови и сгустков. Матка увеличена на 6—7 недель беременности. Удаление левой трубы. Послеоперационное течение—гладкое. Заживление—первичное. На 11-й день больная выписалась в удовлетворительном состоянии. Повторный осмотр через месяц 4 марта отмечает: увеличение матки до 2,5 месяцев беременности. 20-го сентября К—ва поступила в родильное отделение, где и родила доношенного живого мальчика, 3400 грамм весом. После родовый период—нормальный.

Интерес случая. Одновременное сочетание внутри и внематочной беременности. Несмотря на произведенное чревосечение, внутриматочная беременность дошла до нормальной конца и закончилась срочными родами с хорошим исходом для матери и плода.

## № 2. СЛУЧАЙ MIGRATIO OVI EXTERNA,

который был под моим наблюдением во время работы в Смоленской клинике (был описан в журнале „Клиническая медицина“ № 3—1926 года).

Больная С—а, 35 лет, поступила 15 августа 1924 года с жалобами на кровянистые выделения из половой щели, боли внизу живота и в левой подвздошной области, общую слабость, головокружение. 16 лет тому назад еще до начала половой жизни у больной проф. Цангемейстером проведена была операция—удаление кисты левого яичника. По словам больной, в опухоли найдены сало и бобы. За 14 лет половой жизни С—а рожала 4 раза и перенесла 2 искусственных аборта. Последний аборт—8 месяцев тому назад. После аборта видимых осложнений в виде болей, белей, кровотечений не было. Самочувствие и состояние все время хорошие. Регулы по 4—5 дней небольшие, безболезненные через 3—4 недели. Недели 3 т. н. при 6-тидневной задержке кровей после начавшихся болей внизу живота и в левой подвздошной области появились кровянистые выделения из гениталий. 15 августа с больной случилось обморочное состояние, ему предшествовали сильные боли в нижней части живота. С диагнозом «внематочная беременность» больная поступила для операции.

При поступлении температура—37,2; пульс частит удовлетвор. наполнения. Кожные покровы и видимые слизистые бледны. У больной общая слабость. Живот немного вздут, болезнен при пальпации. Гинек. исследование: матка слегка увеличена, слева разлитая опухоль, повидимому, относящаяся к придаткам, в заднем своде болезненная инфильтрация.

16 августа под смешанным наркозом (хлороф.+эфир) операция. Чревосечение с разрезом по средней линии, несколько слева от старого рубца. По вскрытии брюшной полости отмечается: в правом яичнике желтое тело. Левого яичника нет. В левой беременной трубе разрыв в истмальной части. Правая труба видимых изменений не представляет и для тонкого зонда проходима. В брюшной полости немногочисленные сгустки крови. Удаление левой беременной трубы. Соответствующая перитонизация культи. Брюшные стенки зашиты обычно. Послеоперационное течение гладкое. Выписалась здоровой.

Интерес случая. После операции 16 лет тому назад

с удалением левого яичника больная беременела 6 раз из правого яичника маточными беременностями, и только в 7-й раз из-за *migratio ovi ext rna* получилась внематочная беременность. Если бы правая труба была бы хоть несколько воспалительно изменена, то наружное перемещение яйца было бы понятно. Но труба при осмотре воспалительных изменений не представляла. И таким образом вопрос, почему яйцо предпочло в данном случае из правого яичника идти не в прилежащую, а в противоположную трубу, остается открытым.

### № 3. СЛУЧАЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, КОГДА БОЛЬНАЯ КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТРИЦАЛА ПОЛОВУЮ ЖИЗНЬ.

Вечером 14 июня 1928 года я зашел в операционную хирургической клиники Смоленского мединститута (в период моей работы ассистентом акуш.-гинеколог. клиники там же). Оперировал мой покойный друг д-р Я., очень опытный и вдумчивый хирург, некоторое время работавший гинекологом. Час тому назад его вызвали в кожную клинику, где лежала юперлируемая больная, 26 лет, по поводу наступившего у нее приступа сильных болей в правой нижней части живота. Основное заболевание кожное—экзема рук.

При собирании д-ром Я. гинекологического анамнеза больная указала, что с покойным мужем родила 4 года т. н. живого ребенка. Она категорически заявила, что последних 2 года юна половой жизнью не живет. Не было также будто задержки месячных. Под диагнозом «острый аппендицит» она оперировалась. Только по вскрытии брюшной полости выяснилось настоящее положение дел—правосторонняя трубная беременность. Соответствующая операция. Заинтересовавшись данным случаем я в дальнейшей навещал больную. Я хотел узнать, когда больная сама расскажет в чем дело. Только после настойчивых уговоров и указания на то, что все и так ясно, больная лишь на 6-й день призналась, что постеснялась врачу заявить о своей случайной половой связи.

Должен добавить, что 29 декабря 1936 года в наше гинекологическое отделение поступила больная с характерным для внематочной беременности инсультом. Я услышал примерно такой же анамнез. Но стоило лишь более настойчиво сказать, что положение больной серьезное и скры-

вать действительность нельзя, т.-к. можно натворить беду, как больная тут же призналась в факте полового сожительства.

Интерес случая. Тщательное собрание анамнеза имеет большое значение в деле выяснения диагноза. Но все же надо критически подходить к рассказу больной. Случай учит, что категорическому отрицанию больной половой связи не всегда можно верить. При выраженной картине внематочной беременности такой анамнез не должен останавливать врача в выборе нужной операции.

#### № 4. СЛУЧАЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С БЫСТРО НАРАСТАЮЩЕЙ АНЕМИЕЙ.

Больная З—на, 34 лет, поступила 12 апреля 1936 года с жалобами на болезненные месячные.

В анамнезе 3-е родов, последние 5 лет т. н. Настоящие месячные будто пришли в срок, накануне поступления в больницу, но сопровождаются значительными болями внизу живота. Обморока дома не было. Общее состояние—удовлетворительное. Пульс, температура—нормальны. Нижняя часть живота почти безболезненна при пальпации. Ни общий вид больной, ни гинекологическое исследование не дают опорных точек для чего либо серьезного. Б-ная оставлена для наблюдения. На следующий день ввиду продолжающихся жалоб на боли внизу живота, б-ная вновь взята на гинекологическое кресло. Повторное исследование ничего, кроме незначительно увеличенных левых придатков, не дает. Общее состояние больной как до так и после исследования продолжает оставаться хорошим. Лишь через час у больной лежавшей спокойно на кровати сразу наступил инсульт, появились явления малокровия. Несмотря на то, что весь персонал отделения был на месте, и что через полчаса от начала инсульта уже приступлено было к операции, больная оказалась в тяжелом состоянии. Брюшная полость была буквально полна жидкой кровью. Был наружный разрыв плодместилища левой трубы. Гладкое послеоперационное течение. Выписалась здоровой.

Интерес случая. Быстро наступающее малокровие, несмотря на срочно произведенную операцию. Если бы помощь несколько опоздала, возможно больную не удалось бы спасти.

## № 5. СЛУЧАЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ПОСЛЕ ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ РАЗЛОЖЕНИЕМ КРОВЯНОГО СКОПЛЕНИЯ И ПОТРЕБОВАВШИЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО БРЮШНОСТЕНОЧНОГО РАЗРЕЗА.

Пр—на, 33 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота и кровянистые выделения из половой щели. В анамнезе 1 роды, 3 искусственных аборта. Последний 3 года т. н. с последующим воспалительным процессом женской половой сферы. Длительное время лечилась у гинекологов. И теперь прислана с приема с предположительным диагнозом—воспаление придатков матки. Была ли задержка месячных—больная указать не может. Общее состояние удовлетворительное. Пульс—80 хорошего наполнения, температура 37, из половой щели небольшие кровянистые выделения. Двуручно: матка несколько увеличена, шейный канал закрыт, определяются увеличенные придатки, преимущественно слева.

Лабораторные данные: лейкоцитов—9400, РОЭ — 23 по Панченкову, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Случай трактуется как воспалительный процесс и проводится соответствующее лечение. На 8-й день пребывания больной на койке наступил инсульт, и явления малокровия стали быстро нарастать. Немедленно произведенное чревосечение обнаружило наружный разрыв плодовместилища. Из-за тяжелого состояния больной мы считали себя вправе только тратить время в брюшной полости на удаление беременной трубы и перитонизацию культи. Кровь удалена не была. Швы зажили первичным натяжением. Больная начала уже ходить. Но вскоре у нее началась лихорадочная температура, размахи в 38—40°. Одновременно с этим через брюшную стенку выше левой подвздошной области стала вырисовываться малоподвижная флюктуирующая опухоль. Ввиду продолжавшейся лихорадки опухоль была вскрыта. Содержимым ее оказалось осумкованное разлагающееся кровяное скопление. Дренаж. Постепенное запустевание мешка. Выздоровление.

## № 6. СЛУЧАЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВТОРОЙ ЕЕ ПОЛОВИНЫ\*).

Ш—на, 25 лет, поступила в больницу 2 августа 1936 года с жалобами на боли иногда схваткообразные внизу живота, общее плохое самочувствие. Половой жизнью живет 6 лет. Было 2-е родов в 1932 и 1934 годах доношенными младенцами без видимых осложнений в послеродовом периоде.

Месячные обычно по 3—4 дня через 4 недели необильные, почти безболезненные. Последние месячные 19—23 января 1936 года. 12 марта 1936 года у больной на работе отмечался небольшой приступ болей в правой нижней части живота. 23 марта, т.е. через 2 месяца со времени задержки регул повторился значительный приступ болей внизу живота, сопровождавшийся головокружением, обморочным состоянием. Одновременно показались кровянистые выделения. В тот же день больной по поводу предпологавшегося выкидыша в другой больнице (не наша) произведено было выскабливание матки. Во время операции и после нее отмечались резкие боли внизу живота, обморочное состояние. 26 марта больная была выписана из больницы. Дальше следовало еще 8 приступов и больная неоднократно ложилась в ту же больницу. Почти при каждом приступе были указанные явления. Однако все это течение врачами трактовалось, как обострение воспалительного процесса после выкидыша. В июне больная стала отмечать увеличение живота в правой нижней части, а с 20 июня стала определять и движение плода. 10-й приступ значительных болей был 18 июня. Боли, но в меньшей степени, не оставляли больную и дальше. Она неоднократно обращалась к 3-м врачам, которые продолжали считать случай за воспалительный процесс и назначили разные физиотерапевтические процедуры вплоть до диатермии. При первом моем осмотре 22 июля я отметил асимметрию живота, выступала правая его половина. Через брюшные стенки не ясно определялись части плода, хорошо прослушивалось его сердцебиение. Двуручно, правда, с большим трудом прощупывалась отдельно матка отодвинутая влево, а справа было малоподвижное доходящее до уровня пупка тело, занимавшее правую половину живота. Тело несом-

\*) Ввиду особого интереса случая—история болезни приводится подробно.

ненно относилось к плодoвместилищу. Несмотря на настойчивое предложение лечь больной немедленно на операцию, от нее только после долгих уговоров удалось получить согласие. Уже в больнице было до операции сделано контрольное зондирование матки, при чем зондаж показал 10—11 сантиметров.

Таким образом этой манипуляцией было с несомненностью доказано, что матка пуста, а плодoвместилище лежит отдельно. Надо сказать, что это являлось почти излишним, т.к. анамнез и течение настоящей беременности были достаточно характерными для внематочной беременности.

5 августа 1936 года под эфирным наркозом произведено было чревосечение. По вскрытии брюшной полости найдена была слева отдельно матка, несколько гипертрофированная. Справа отмечалось плодoвместилище в виде капсулы, к которой припаяны были сальник и кишки. По раз'единении сращений вскрылось плодoвместилище, излилось небольшое количество околоплодной жидкости. Извлечен был живой недоношенный мальчик с целым рядом пороков развития (искривление шеи, рук, ног—*pes valgus*). Размеры плода: вес—1050 грамм, длина плода—34 сантиметра, окружность головки—25 сантиметров, окружность груди—23 сантиметра. Послед оказался интимно сращенным с той частью капсулы, которая находилась в заднем своде. Со значительными техническими трудностями был вылушен послед. Отделение сопровождалось большим кровотечением. Удалить полностью капсулу плодoвместилища не удалось, и небольшую часть ее пришлось оставить. Заодно с капсулой удалены были правые придатки сращенные интимно с плодoвместилищем. Брюшные стенки защиты обычно с выведением наружу дренажа из заднего свода. Длительность операции—1 час. Оператор С. Кисин.

Больная находилась в отделении до 3 сентября. Швы брюшной стенки зажили хорошо. Выписана в удовлетворительном состоянии. Повторный осмотр через 2 месяца: Ш чувствует себя прекрасно. Внутреннее исследование, кроме небольшого тяжа в правом параметрии, особых уклонений не отмечает. Месячные показываются через 4 недели, но меньше обычного.

Интерес случая. Несмотря на ряд приступов, напоминающих по своему течению инсульты при внематочной

беременности, случай до нас трактуется как воспалительный процесс после выскабливания. Беременность прогрессирует, хотя предпринято было тепловое и электролечение.

Удачный исход, несмотря на трудность оперативной техники (сильное кровотечение).

## № 7. СЛУЧАЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ БЫВШЕЙ В ПРОШЛОМ ОПЕРАЦИИ С НЕПРАВИЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ.

(мое наблюдение в гинекологической клинике МОКИ)

Л—на, 36 лет, колхозница, поступила 4 июня 1936 года с жалобами на боли внизу живота и пояснице, усиливающиеся иногда в виде приступов схваткообразных болей, и небольшие кровянистые выделения из половой щели. Последние месячные 2 апреля 1936 года. Половой жизнью живет 15 лет. 13 лет т. н.—одни срочные роды. После них лечилась по поводу воспалительного процесса женской половой сферы длительное время. 5 лет т. н. в провинциальной больнице сделано было чревосечение у больной по поводу болей живота. Как врач говорил, по поводу внематочной беременности. После операции был ряд осложнений.

Теперь, 9 мая после небольшой задержки месячных у больной в течение нескольких часов был приступ схваткообразных болей внизу живота. 29 мая после второго приступа болей появилась кровянистая мазня из половой щели. 30 мая третий приступ. 4 июня с диагнозом «внематочная беременность» поступила в клинику.

Гинекологическое исследование: из влагалища кровянистые выделения в небольшом количестве. Тело матки в положении *anteversio* немного увеличена. Справа и слева от тела матки отходит опухоль пастозной консистенции без ясных контуров. Слева придатки не определяются.

5 июня операция. По вскрытии брюшной полости в ней найдены были небольшие сгустки и жидкая кровь. Внематочная беременность протекала в правой трубе по типу внутреннего разрыва плодместилища, левая труба без особых уклонений.

Интерес случая. Несмотря на произведенную в прошлом операцию под мнимым диагнозом «внематочная беременность», обе трубы оказались на месте и фактическое положение дела не было сообщено больной и после выписки в первый раз.

## № 8. ТАКОЙ ЖЕ СЛУЧАЙ, ПРООПЕРИРОВАННЫЙ В СТАЛИНОГОРСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.

М. 31 года, поступила 29 апреля 1936 года с жалобами на приступы повторяющихся болей преимущественно в левой нижней части живота, общую слабость, кровянистую мазню. Последние месячные—в начале марта. Половой жизнью живет 9 лет. Беременностей не было, кроме внематочной, как заявили больной врачи. 6 лет тому назад в небольшом районном городе по поводу значительных болей живота у больной было сделано чревосечение под диагнозом внематочной беременности, с целым рядом осложнений после операции. Повторно лечилась длительное время у гинекологов. Теперь после 6-тигдельной задержки регул—указанные явления. Под диагнозом «внематочная беременность» операция (опер. С. Кисин). При чревосечении найдены были обе трубы: левосторонняя трубная беременность и правая труба воспалительно измененная. Старый значительный воспалительный процесс в тазу. Пришлось удалить обе трубы.

Интерес случая. Тоже и в данном случае истинное положение было скрыто от больной.

## № 9. СЛУЧАЙ ВНУТРИБРЮШИННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯИЧНИКА.

24 марта 1933 года в терапевтическое отделение доставлена больная Г., 28 лет, с жалобами на тупые боли внизу живота, позывы на низ. общее плохое самочувствие и состояние. Амбулаторный диагноз—энтероколит, поскольку больную позывало несколько раз к испражнениям. По консультации случая со мной оказывается. Больная живет половой жизнью 9 лет. Было 3-е родов и 1 аборт 2 года т.н. После этого лечилась некоторое время у гинеколога по поводу воспалительного процесса. За последние месяцы регулы более обильные, а в правой подвздошной области стали вне месячных появляться приступы значительных болей. Последние регулы продолжались несколько дольше

обычного и закончились 10 марта. Еще с 23 марта у больной начались боли в правой подвздошной области, сильный же приступ болей был на работе 24 марта. Было обморочное состояние и появились указанные явления. Больную позывало несколько раз на низ. Но ощущение напирания на задний проход не предшествовало акту дефекации.

Осмотр больной: значительная бледность кожных покровов и видимых слизистых. Темпер.—37,3, пульс—96 слабого наполнения. Живот умеренно вздут, болезненен при пальпации, преимущественно в правой подвздошной области, над которой определяется притупление перкуторного звука. Двуручное исследование из-за болезненности затруднено и особых данных не дает. Ввиду общей картины внутреннего кровотечения произведено чревосечение.

В брюшной полости значительное количество жидкой крови и сгустков. Спайки вокруг левых придатков. Матка почти не увеличена. Над правыми придатками кровоизлияние. По отделении от сгустков отмечается: правая труба—нормальна, а правый яичник увеличен до куриного яйца и полос его обращенный в брюшную полость разорван. Весь яичник как бы нафарширован кровью. Произведено удаление правого яичника, соответствующее обшивание. Брюшные стенки защиты обычно. Выздоровление. В присланном ответе о гистологическом исследовании яичника было указано, что элементов беременности не найдено.

Интерес случая. Повидимому, в результате воспалительного процесса tunica albuginea яичника не могла лопаться и овуляция не могла состояться. Этим, повидимому, следует объяснить удлинившиеся месячные и приступы болей справа. Возможно, что в яичнике образовалось постепенно кровоскопление. Какой-либо травматический момент привел к повышению внутрияичникового давления, наступил разрыв с последующим кровотечением в брюшную полость. Точно, что послужило источником кровотечения из яичника, а именно было ли здесь его апоплексия или кровотечение из желтого тела, патолого-анатом сказать нам не мог. Было лишь указано, что беременность не определена. Случай учит и тому, как неосновательно ставится диагноз «энтероколит». Здесь просто излившаяся в брюшной полости кровь давила на прямую кишку и вызвала ложные позывы на низ.

## № 10. СЛУЧАЙ ОСТРОГО ПЕЛЬВЕОПЕРИТОНИТА, СИМУЛИРОВАВШЕГО „ОСТРЫЙ ЖИВОТ“ — РАЗЛИТОЙ ПЕРИТОНИТ.

Больная М., 23 лет, поступила вечером 12 октября 1936 г. на карете скорой помощи с диагнозом «острый живот». Дежурный врач—хирург отмечает тяжелое состояние больной. Она стонет от болей, живот напряжен, болезнен при пальпации главным образом в своей нижней части, как показалось врачу-хирургу болезненность была главным образом в правой подвздошной области. Высокая температура—39,2; пульс—120. При предположительном диагнозе «перфоративный аппендицит» уже назначается операция. Но консультируют со мной. Уже детально собранный анамнез указывает, что больная не так давно лечилась у гинеколога по поводу воспалительного процесса придатков матки. Было один раз обострение болей. Далее объективное исследование. Обращает на себя внимание удовлетворительное состояние больной, несмотря на высокую т-ру и частый пульс. Рвоты нет. Язык—суховат, но мало обложен. Живот, как принято выражаться, занят только внизу. Верхняя же его часть мягка и сравнительно неболезненна при пальпации. Гинекологическое исследование не дает ясной картины из-за трудности сведения пальцев (напряжение покровов). Ставим предположительный диагноз—начинающийся пельвеоперитонит на почве обострения воспаления придатков матки. Больная кладется в положение Фовлера, на живот лед. Даются болеутоляющие средства. Особое наблюдение. Уже к утру состояние больной значительно улучшилось. Явственно обозначается пельвеоперитонит. А еще через несколько дней при двуручном исследовании отмечаются увеличенные с обеих сторон придатки матки. После трехнедельного пребывания в больнице, где проводилась строго консервативная терапия, больная в удовлетворительном состоянии выписалась.

Интерес случая. Начинающийся пельвеоперитонит на почве инфекции из придатков матки может симулировать «острый живот» и повлечь за собой срочную операцию при недостаточном обдуманном осмотре больной. У женщины всегда при острых болях живота надо в первую очередь исключать гинекологические заболевания. Консервативное ведение острых гинекологических пельвеоперитонитов в громадном большинстве случаев ведет к выздоровлению больных.

## № 11. СЛУЧАЙ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО РАЗРЫВА МАТКИ.

(мое наблюдение во время работы в клинике  
Смоленского мединститута)

Больная Ф., 35 лет, поступила в род. отделение 9 апреля 1927 года со слабыми схватками и общим плохим самочувствием и состоянием. Настоящая беременность—5-я. В прошлом 3-е родов и септический выкидыш, ряд последующих осложнений. Полтора года тому назад находилась на излечении в больнице по поводу ущемленной бедренной грыжи с производством операции. Теперь больной считает себя 3 дня, когда началось отхождение вод, дома была исследована вагинально.

Больная производит тяжелое впечатление. Температура—38,2°, пульс—120 слабого наполнения. Язык — сух, обложен, общая вялость. Из половой щели грязные выделения. Матка несколько напряжена, болезненна при пальпации, в области в своей нижней части. Головка над входом в таз. Сердцебиение плода—неясное. Таз—N. Окружность живота 96 см. Во время наружного исследования больной дежурной акушеркой тут же при поступлении с больной стало сразу плохо. Она потеряла сознание, наступило частое, прерывистое дыхание. В течение нескольких минут больная скончалась.

Вскрытие трупа показало следующее:

Труп женщины среднего роста, нормального телосложения. Кожные покровы—бледны. Трахея, бронхи содержат в большом количестве слизь. Сердце плохо сокращено. В полостях сердца имеется жидкая, не свернувшаяся кровь. Мышца сердца бледная, тусклая. В легких—остаточный плеврит.

В брюшной полости около 1½ литра несвернувшейся крови. Почти вся брюшная полость занята беременной маткой, пальца на 4 не достигающая до мечевидного отростка. Плод в головном положении с головкой стоящей подвижно над входом в таз. Нижняя часть тела матки по передней ее поверхности по окраске через серозу бурокрасного цвета, при чем при поскобливании и смывании окраска эта остается. Левая фаллопиева труба и яичник также окрашены в бурокрасный цвет. Часть передней по-

верхности матки у шейки очень истончена. На протяжении  $1\frac{1}{2}$ —2 см. имеется сквозной надрыв, источник внутри-брюшинного кровотечения. При попытках потягивания за матку она на указанном участке легко разрывается. Плод—доношенный мальчик, 50 см. длиной. Снаружи на теменных костях его темнокрасные участки, из которых на разрезе вытекает незначительное количество крови. По вскрытию черепа плода под твердой мозговой оболочкой обнаружено незначительное количество несвернувшейся крови. Трахея и бронхи чисты, слизи не содержат. Легкие безвоздушны.

Печень (матери) нормальной величины, на разрезе бледная, тусклая, рисунок плохо выражен. Почки нормальной величины, дряблые. На разрезе корковый слой велик, бледен, тускл, хрящом ограничивается от мозгового. Капсула снимается легко. Селезенка увеличена, очень дряблая, на разрезе розового цвета, заметно выступают фолликулы. Пульпа соскабливается в значительном количестве.

Анатомический диагноз. Сепсис. Кровоизлияние в брюшную полость из разрыва матки. Паренхиматозное перерождение печени, сердца, почек. Смерть последовала вследствие внутреннего кровоизлияния, причем явления сколько-нибудь длительной агонии отсутствовали.

Интерес случая. Несмотря на нормальные размеры головки плода и таза, все же наступил разрыв матки. Принимая во внимание данные вскрытия, когда матка буквально разлезалась под руками, что отмечался общий сепсис, причину разрыва матки следует объяснить именно наличием септического процесса. Этот факт всецело совпадает с высказанными нами соображениями в разделе «разрыв матки».

При микроскопии стенки матки в области разрыва отмечалось редкое попадание в поле зрения мышечных элементов, размножение соединительной ткани, круглоклеточная инфльтрация.

## № 12. СЛУЧАЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОГО ПОСЛЕДА.

13 марта 1935 г. в 3 часа в родильное отделение поступила роженица М., 19 лет, при беременности около 9 лунных месяцев. За последние недели у нее отеки, иногда головные боли. Беременность—первая. Окружность живота

—93 см. Первое головное положение. Головка над входом в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка. Значительная бледность кожных покровов, учащенный слабого наполнения пульс. Произведенное исследование мочи отмечает: 0,9 проц. белка, единичные гиалиновые и зернистые цилиндры. Окколо 13 часов того же дня больная стала жаловаться на боли в области правой части дна матки. Сама матка резко увеличилась в объеме, пальпация ее стала болезненной, консистенция напряженной. К этому же времени начали отмечаться явления малокровия.

Появились кровянистые выделения, сердцебиение плода не прослушивается. У больной частые схватки.

Произведенное внутреннее исследование отмечает: раскрытие  $3\frac{1}{2}$  пальца, плодный пузырь цел, резко напряжен и через него трудно что-нибудь определить. Пузырь разорван. При этом, кроме вод, излилась кровь в значительном количестве. Вскоре присоединились потуги, и через 1 час родилась мертвая недоношенная девочка. Послед отошел самопроизвольно через несколько минут. На его материнской поверхности оказались кровяные сгустки на протяжении почти половины его поверхности.

Интерес случая. Хотя только что описанный случай не требовал оперативного пособия в виде чревосечения, мы его здесь приводим, как редкое явление. Указанные данные являются доказательством преждевременной отслойки плаценты. У больной—несомненное поражение почек, одна из наиболее частых причин этой редкой, но серьезной патологии.

### № 13. СЛУЧАЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ВЫВОРОТА МАТКИ.

19/V-33 г. за 13 км из другого района доставлена больная Т. 18 лет с общим тяжелым состоянием после родов. Родила дома живого доношенного младенца. Роды продолжались около 2-х суток. Помогавшая при родах бабка, желавшая, по заявлению родных, «поскорее помочь роженице», тут же после родов стала надавливать на живот и потягивать за пуповину. Т. к. извлечь детское место ей не удалось, она усилила попытки. Вскоре при резком крике роженицы, что-то вышло из половой щели. Послед отделился, но у больной наступило обморочное со-

стояние, появилось сильное кровотечение. Выпавшее тело из половой щели было принято бабкой за второй послед и она хотела было его также удалить. Только бесплодные попытки и крики женщины остановили ее.

Общий *habitus* — инфантильный тип. Состояние больной тяжелое. Отмечается резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых. Пульс — 130 слабого наполнения. Температура — 38°. Язык сух, юбложен, из половой щели свисает тело — вывернутая матка на большом своем протяжении яркочерного цвета, кровоточащая, местами покрытая серозелеными налетами. Над лобком матка не определяется. Больная не мочится, газы не отходят.

После соответствующих приготовлений и целого ряда мероприятий для поднятия деятельности сердечно-сосудистой системы приступлено к операции. Произведено удаление инфицированной матки. Через влагалищную культю выведены тампоны. Несмотря на все предпринятые меры, состояние больной продолжало ухудшаться, и через сутки после операции больная скончалась при явлениях прогрессирующей инфекции.

Интерес случая. Мы имеем перед собой неполноценный в конституциональном отношении тип больной. Продолжительные трудные роды, грубое нарушение правил ведения послеродового периода повели на конституционально неполноценной почве к вывороту матки. Начавшаяся еще до операции общая инфекция продолжала после нее прогрессировать при ничтожной сопротивляемости (анемия) организма, что и привело к летальному исходу.

## № 14. СЛУЧАЙ ОНКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВЫВОРОТА МАТКИ.

Хотя нижеописываемый случай не представляет собою чего-либо характерного по своему течению для раздела «острый живот», все же мы его приводим как редкое явление.

10/1-35 г. в отделение поступила больная Л., 65 лет с жалобами на юбщее плохое состояние, повышенную температуру и выпадение тела из половой щели. 30 лет т. н. последние 5-ые роды. Месячные прекратились 12 лет т. н. В течение последнего месяца стали отмечаться грязные вы-

деления из половой щели, а потом и кровянистые. За последнюю неделю что-то выпало из половой щели. Особых болей при этом не было.

Исследование больной. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Границы сердца расширены, тоны глухие, шум с первым временем на верхушке; пульс—80, темпер. 37,5. В легких явления эмфиземы. Из половой щели свисает опухоль в виде языка красноватого цвета, мясистая с признаками гангрены. Длина выделяющегося из шейки языка—см. на 12. При обнажении шейки матки и потягивании за опухоль определяется вывороченное дно матки с сидящим на нем широким основанием полипом.

Через брюшные стенки ввиду значительной их толщины и напряжения найти на месте матки вдающуюся воронку не удастся. Операция 11/1-35 г. Произведено вылущение опухоли. Дно матки вправлено. Поверхность слизистой ее смазана иодом. В послеоперационном периоде у больной была непродолжительная лихорадка. Шейка постепенно сокращалась. Несколько раз больную пришлось брать на стол, чтобы дать сток гною скопившемуся в полости матки. Выписалась во вполне удовлетворительном состоянии с нормальной температурой.

Интерес случая. Перед нами случай онкогенетического выворота матки у старухи 65 лет. При свисании из половой щели языкообразного полипа на толстой ножке всегда надо думать о возможном вывороте матки, как это было в нашем случае.

## ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

### 1. Работы общего характера.

1. БЛУМЕНТАЛЬ. О некоторых ошибках при диагностике «острого живота». «Хирургия» № 1. 1937 г.
2. БЕР и друг. Гострый живот, гострый аппендицит и друг. (украинский). 1936 г.
3. ГНИЛОРЫБОВ. Обратное переливание крови излившейся в грудную и брюшную полость. «Вестник хирургии» № 1—1937 г.
4. КОВТУНОВИЧ. Симптомокомплекс «острого живота» при заболеваниях органов грудной полости. «Юбилейный сборник ЛИУ», Ленинград.
5. РОМАНОВ. «Острый живот». Сборник практики работы военных госпиталей. 1933 г.
6. РОМАНОВА. Переливание крови в акушерстве и гинекологии. «Гинекология и акуш.» № 1. 1935 г.
7. СТАВСКАЯ. Переливание крови в акушерстве и гинекологии. «Акуш. и гинек.» № 7. 1936 г.
8. СИДОРОВ. Переливание крови в акушерстве и гинекологии. «Акуш. и гинек.» № 12. 1936 г.
9. SHALLENBERGER. Острый живот в акушерстве. „Amer. Journ. Surgery“ — 1935 г.
10. ЦВЕТКОВА. О трудностях диагноза при распознавании некоторых случаев «Острого живота», «Здравохран. Ю. В. ж. д.», 1936 г.
11. MARTIUS. О номенклатуре частей матки. „Ztbltt f. G.“ № 8. 1937 г.
12. ЛАРИН и ЯУРЕ. Состояние живота при повреждениях позвоночника. «35-летие научной деятельности проф. Абрикосова».
13. ЛУКАШИН. К казуистике гидронефрозоз. «Труды Куйбышевского медицинского института и проч.» — 1937 г.

## 2. Руководства и монографии.

1. БУБЛИЧЕНКО. Учение о послеродовых заболеваниях. Ленинград. 1923 г.
2. БОКАНОВ (в соавторстве с д-ром Кисиним С.) Клинический семинарий по гинекологии. Смоленск. 1928 г.
3. ВУММ. Руководство по акушерству. Берлин 1914 г.
4. ВИККЕР. Диагностика и врачебная тактика при острых брюшных заболеваниях («острый живот»). Пятигорск. 1936 г.
5. Его же. Диафрагматит и диафрагмальный симптомокомплекс. Ростов-на Дону. 1926 г.
6. УЕИТ. Руководство по гинекологии. 1899 г.
7. WINKEL. Лечение исходящего из женских половых органов воспаления брюшины и проч. Перевод Островского. 1898 г.
8. Его же. Руководство по акушерству. Бергман-Висбаден.
9. ГЕЛЬШТЕЙН и ЗЕЛЕНИН. Учебник внутренних болезней. Отдел: «Заболевания брюшины». Москва. 1936 г.
10. ГУБАРЕВ. Оперативная гинекология. Москва. 1910 г.
11. ГРУЗДЕВ. Учебник акушерства. 1922 г.
12. DÖDERLEIN. Руководство по акушерству. 1916 г.
13. HALBAN и SEITZ. Биология и патология женщины.
14. ИВАНОВ Н. З. Акушерство, издание автора. Москва. 1926 г.
15. КОЛОСОВ. Оперативное акушерство. Москва. 1929 г.
16. КРИВСКИЙ. Руководство по женским болезням. 1927 г.
17. KÜSTNER. Учебник по гинекологии. Перевод под ред. проф. Груздева. 1903 г.
18. ЛЕВИТ. Техника гинекологических операций. Ленинград. 1935 г.
19. ЛЕЖАР. Неотложная хирургия. 1930 г.
20. MENGE и ОРТЗ. Руководство по гинекологии, перевод под ред. проф. Попова. 1914 г.
21. MONDOR. Неотложная диагностика. Париж 1933 г.
22. ОКИНЧИЦ. Гинекологическая клиника. Ленинград. 1926 г.
23. РОСТОВЦЕВ. Учение о перитифлите. Монография. 1902 г.
24. СНЕГИРЕВ. Маточные кровотечения. Москва 1907 г.
25. ШТОЕСКЕЛ. Учебник по акушерству. 1923 г.

26. Ег о же. Гинекология (перевод под ред. проф. Брауде). 1936 г.
27. FRANZ. Гинекологические операции. Берлин. 1925 г.

### 3. Внематочная беременность.

1. ADLER. Диагностика беременности путем определения гистидина в моче. Ztblatt f. Gyn. № 21. 1934 г.
2. АНДРЮЩЕНКО. Случай истинной брюшной беременности. «Акуш. и гинек.» № 1. 1937 г.
3. АНЧЕЛЕВИЧ. К патогенезу и хирургическому лечению внематочной беременности. «Акуш. и гин.» № 6. 1936 г.
4. АТЛАС. Случай доношенной первичной брюшной беременности. «Еженед.». 1901 г.
5. БАКЛАНОВ. Случай интерстициальной беременности. «Гин. и акуш.» № 2—3. 1935 г.
6. БЕКМАН. О внематочной беременности последних месяцев: «Жур. Акуш. и жен. бол.» № 2. 1914 г.
7. Он же. О повторной трубной беременности и к этиологии внематочной беременности, там же № 7-8.
8. БИЛИНКИС. 3 редких случая эктопической беременности. «Акуш. и гин.» № 1. 1937 г.
9. BAUMANN. О лечении инфицированной внематочной беременности. Цитировано по Ztblatt f. Gyn. 1935 г.
10. BANKI. Верный ранний признак внематочной беременности. „Ztbl. f. Gyn.“ № 3. 1925 г.
11. BENZL. Повторная внематочная беременность у одной и той же женщины. „D. med. Woch.“ № 21. 1923 г.
12. BUSALLA. О редком пульсовом феномене при внутреннем кровотечении в течении внематочной беременности. Там же, № 2. 1906 г.
13. ВАЙСБУРД. Случай доношен. внематочной беременности. «Гинек. и акуш.» № 4. 1936 г.
14. ВАЧНАДЗЕ. К распознаванию и лечению внематочной беременности. Труды 6-го с'езда акуш. и гинек. 1925 г.
15. ВЕРНИЦ. К вопросу о внематочной беременности. «Жур. акуш. и женских бол.» 1908 г. стр. 437.
16. ВОЛЬВОВСКАЯ. Случай абдоминальной доношенной беременности живым плодом. «Гин. и акуш.», 1932 г.
17. WERTH. Внематочная беременность (руковод. Винкеля). Висбаден. 1904 г.

18. ГАЛЬЧИНСКИЙ и БОЖКО. Случай одновременной маточной и внематочной беременности. «Акуш. и гинек.» № 8. 1936 г.
19. ГАРФУНКЕЛЬ. Случай интерстициальной беременности. «Жур. акуш. и жен. бол.» № 4. 1925 г.
20. ГИТЕЛЬСОН. Случай почти доношенной межсвязочной внематочной беременности. «Медобозрение» № 13. 1910 г.
21. ГОФМАН. Диагностич. значение пункции при внематочной беремен. «Акуш. и гинек.» № 6. 1936 г.
22. ГОФМАН. К вопросу о полном трубном выкидыше. «Гин. и акуш.» № 2—3. 1935 г.
23. ГОРШКОВ. Внематочная беременность. «Акуш. и гинек.» № 11. 1936 г.
24. ГУБАРЕВ. Хирургическое значение новообразования сосудов при внематочной беременности. «Жур. Акуш. и жен. болезн.» № 2. 1913 г.
25. ГРЕЙФЕ. Случай оперированной внематочной беременности с 8-ми месячным живым плодом. «Мед. обозрение». 1902 г.; стр. 364.
26. GENTSCH. Два случая доношенной внематочной беременности живым плодом. „Ztbl. f. G.“ № 44—1924 г.
27. GRAEFE. Об увеличении внематочной беременности за последние 2 года. Там же № 51 1924 г.
28. GRAEFENBERG. К физиологии имплантации яйца. Там же. 1910 г.
29. GUDDEN. Повторная внематочная беременность. Там же № 41. 1921 г.
30. ДАВЫДОВА.—ШЕПЕЛЕВА. Случай доношенной эктопической беременности. «Жур. Акуш. и жен. бол.», стр. 1490. 1900 г.
31. ДВОРЖЕЦ. Повторная трубная беременность. «Акуш. и гин.» № 6. 1936 г.
32. ДЕДОВ. Двусторонняя киста яичников. «Врач. газ.», 1913 г.
33. ДИКОВА, ИЛЬИН. Диагностическая ценность пирамидоновой пробы при внематочной беременности. «Гинек. и акуш.» № 3—4. 1930 г.
34. DEWES. О боли плеча, как симптоме при наружном разрыве плодместилища. „Ztbl. f. G.“ № 37. 1922 г.
35. DIETRICH. Повторная внематочная беременность. Там же, № 14. 1921 г.
36. ДУРОФФ. К вопросу о перистальтике труб. Там же № 34. 1925 г.

37. НАИМ и LEDERER. О внематочной беременности. „Jahrb. für ärztliche Fortbildung“ 1913 г.
38. HELLENDAL. Кровяное окрашивание пупка, как диагностический симптом при внематочной беременности. „Ztbl. f. G.“ 1922 г. S. 147.
39. Его же. К этиологии кровавого окрашивания пупка при внематочной беременности. Там же № 25. 1923 г.
40. НОЕННЕ. Об этиологии внематочной беременности. „Jahrb. f. ärztl. Fortbildung.“ 1913 г.
41. Его же. Об этиологии внематочной беременности. „Arch. f. G. Bd.“ 107.
42. Его же. Раздел «Внематочная беременность» в руководстве. „Halban u. Seitz“.
43. ЖИВАТОВ. К клинике и патологии внутрибрюшинных кровотечений и кровоскоплений. «Юбил. сборник проф. Орлова». 1925 г.
44. ЖИВОВА, ГАРФУНКЕЛЬ и ШАПИРО. О первичной и повторной внематочной беременности. «Жур. Акуш. и жен. бол.» № 5—6, 1932 г.
45. ЗАРНИЦКИЙ. К вопросу о френдикус-симптоме внутрибрюшинного кровотечения при внематочной беременности. (Юбил. сборник проф. Орлова).
46. ЗЯБЛОВА. Децидуальная метаморфоза в неберменной фаллопиевой трубе в случае трубной беременности. «Жур. Акуш. и жен. бол.» № 3 1934 г.
47. ИВАНОВ. Случай яичниковой беременности. «Акуш. и гин.» № 2. 1936 г.
48. ИВАНОВ. Критическая оценка пробы с пирамидоном при внематочной беременности. «Жур. Акуш. и жен. бол.» № 3. 1930 г.
49. ИНОГДА. Случай переносенной внематочн. берем. «Акуш. и гин.» № 6. 1936 г.
50. ИСПОЛАТОВ. К вопросу о значении патологических изменений яйцепроводов в этиологии бесплодия и проч. Дис. Москва. 1883 г.
51. IBANEZ. О внематочной беременности. „Rev. med. chir.“ № 4. 1934 г.
52. КАБЛУКОВ. Случай 7-ми месячной внемат. берем. оперированный через влагалище. Труды Симфероп. общества врачей.
53. КАЗУНИН. Случай интерстициальной внематочной беременности. «Акуш. и гин.» № 3. 1937 г.

54. КАКУШКИН. Клинический материал по вопросу о внематочной беременности. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 1. 1913 г.
55. Его же. Из наблюдений над пробной пункцией тазовых скоплений. Там же № 12. 1913 г.
56. КАННЕГИСЕР. К развитию плодного яйца в яичнике. Там же, стр. 1951. 1904 г.
57. КИСИН С. К этиологии внемат. беремен. «Клин. мед.» № 3. 1926 г.
58. КИЯШЕВ А. Внематочная беременность живым доношенным плодом. «Гинек. и ак.» № 5. 1937 г.
59. КЛЕЙН. Диагностика и симптоматология внематочной беременности. «Гин. и ак.» № 4. 1935 г.
60. КОЗАЧИНСКИЙ. 2 случая доношенной эктопической беременности. «Акуш. и гин.» № 11. 1936 г.
61. КУЗЬМИН. К вопросу о внематочной беременности. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 2. 1913 г.
62. КОЛОСОВ. Случай почти доношенной внематочной беременности живым плодом. «Мед. обзор.» № 10. 1909 г.
63. КРАСНОПОЛЬСКИЙ. По поводу одного случая доношенной внематочной беременности живым плодом. «Жур. Ак. и жен. бол.» 1913 г.
64. КРИВСКИЙ. По поводу внематочной беременности. Там же № 5—6. 1932 г.
65. КУРДЕНКОВА. Случай доношенной внематочной беременности. «Ак. и гин.» № 1. 1937 г.
66. CULLEN. Дальнейшие замечания о болезнях пупка. „Syrg., gyn. a. obst.“. № 3. 1922 г.
67. ЛИБЕРБЕРГ. К вопросу о внематочной беременности. «Гин. и ак.» № 6. 1928 г.
68. ЛИПКИН. О реакции Егорова—Антошиной при внематочной беременности. Там же № 1. 1930 г.
69. ЛОГВИНСКИЙ. 2 случая интерстициальной формы внематочной берем. «Ак. и гин.» № 4. 1936 г.
70. ЛЮБИМОВА и ОСИПОВСКИЙ. Случай комбинированной внутри и внематочной беременности. «Ак. и гин.» № 8. 1936 г.
71. LICHTENSTEIN. Аутотрансфузия крови при внематочной беременности. „Münch. m. Woch.“ № 47. 1915 г.
72. МАРКОВ Н. В. О проходимости фаллоп. труб у плодов и врожденная их непроходимость. «Гин. и акуш.» № 2. 1931 г.
73. МАЛИНОВСКИЙ. К вопросу о терапии поздних степеней прогрессирующей внематочной беремен-

- ности и проч. «Жур. Акуш. и жен. бол.» стр. 2037 1910 г.
74. Его же. Внематочная беременность. «Большая мед. энциклопедия».
75. МАРЬИН. 3 случая сочетания внутри и внематочной беременности. «Ак. и гин.» № 7. 1936 г.
76. МИЛЬЧЕНКО. Случай 7-мимесячной абдоминальной беременности и проч. «Гин. и ак.» № 6. 1935 г.
77. МИРОНОВ. Роль пробного прокола для распознавания внематочной беременности. «Жур. Акуш. и жен. бол.» № 10. 1915 г.
78. МИТРОФАНОВ. Переливание крови при операции -внематочной беременности. «Ак. и гин.» № 11 1936 г.
79. МИШИН. К изучению вопроса о внематочной беременности. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 1. 1930 г.
80. МУРАТОВ. Внематочная яичниковая беременность. Там же, стр. 393. 1889 г.
81. Его же. К учению о внематочной беременности и проч. Там же, стр. 469. 1899 г.
82. MARTIN. К диагностике и лечению внематочной беременности. „Deutsch. med. Woch.“ № 17. 1910 г.
83. MICHAELIS. Молекулярное определение кислорода в венозной крови. Новый способ определения беременности. „Ztbl. f. Gyn.“ № 48. 1935 г.
84. НИКОНОВ. Диагностическая ошибка при трубной беременности и проч. «Жур. Акуш. и жен. бол.» стр. 683. 1902 г.
85. НОВИК. Случай одновременной маточной и внематочной беременности. «Ак. и гин.» № 5. 1936 г.
86. НАСКЕ. Редкий пульсовой феномен при внутреннем кровотечении и проч. „Ztbl. f. G.“ 1911 г.
87. NEUMANN. Является ли отсутствие положительной пробной пункции при подозрении на внематочную беременность основательным. Там же № 43. 1924 г.
88. ОДРОВА. 100 чревосечений по поводу внематочной беременности. «Гин. и ак.» № 6. 1923 г.
89. ОКИНЧИЦ. К этиологии внематочной беременности. «Русский врач». 1907 г.
90. ОРЛОВ. К этиологии внематочной беременности. Труды 12-го Пироговского съезда.
91. ОСЯКИНА и ШМАТОК. О децид. реакции труб при маточной и трубной беременности и т. д. „Monats. f. G. u. G.“. 1933 г. Bd. 94.

92. ОТДЕЛЬНОВ. Комбинированная маточная и внематочная беременность. «Ак. и гин.» № 5. 1936 г.
93. ПАРСАМОВ. К вопросу об этиологии внематочной беременности. «Врач. дело» № 7. 1925 г.
94. ПОПОВ. Яичниковая доношенная беременность. «Русский врач». 1905 г.
95. ПОРХОВНИК и ВИТТЕНБУРГ. К вопросу о значении кист яичников в этиологии внематочной беременности. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 4. 1915 г.
96. ПРАВОСУД. Случай почти доношенной внематочной беременности живым плодом. Там же № 9. 1910 г.
97. ПОБЕДИНСКИЙ. Случай почти доношенной внематочной беременности живым плодом (реферат д-ра Колосова в заседании Московского Ак.-гин. общества, 13 декабря 1908 г.).
98. Его же. Внематочная беременность и чревосечение при ней (приложение к отчету Московской акуш. клиники за 1899—1901 г.).
99. РОТОСКУ. Доношенная внематочная беременность. „Annales de G. et Obst“. Февраль 1908 г.
100. Его же. Новое наблюдение. Июль 1908 г.
101. РЕЙН. Случай чревосечения при внематочной беременности на 10-м лунном месяце и проч. Проток. Киевского ак.-гин. об-ва, том 3, вып. 6, стр. 59.
102. РЫЖКОВ. К вопросу о доношенной внематочной беременности. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 7-8. 1914 г.
103. РУБКЕВИЧ. Повторная односторонняя внематочная беременность в трубной культе. «Ак. и гин.» № 11. 1936 г.
104. ROSENSTEIN. К диагностике и терапии внематочной беременности. „Mon. f. Geb.“ Bd. 54 1921 г.
105. САВИЦКИЙ. Случай многоплодной внематочной беременности. «Гин. и ак.» № 6. 1935 г.
106. СЕЛЕЦКИЙ. Случай эктопической трубно-яичниковой беременности. Там же № 4. 1935 г.
107. СЕРЕБРОВ. Как оперировать внематочную беременность. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 4. 1931 г.
108. SATHO. Наблюдения над 228 трубными беременностями. Диссертация. Кельн. 1934 г.
109. SIGWART. Повторная внематочная беременность на той же стороне. „Ztbl. f. G.“ стр. 690. 1922 г.
110. SITTNER. Случай 7-мнесячной беременности вне мат

- ки живым ребенком. „Arch. f. G.“ Bd. 64, 1901 г.
111. Его же. Дальнейшие случаи прогрессирования вне-маточной беременности и проч. „Ztbl. f. G.“ № 2, 1903 г.
112. Его же. Данные за последние 20 лет об операции путем чревосечения случаев прогрессир. вне-маточн. беремен. „Arch. f. G. Bd.“ 84.
113. SOLOWY Ранний симптом внематочной беременности. „Ztbl. f. G.“ № 5, 1912 г.
114. Его же. К диагностике внематочной беременности. Там же. 1913 г.
115. ТЕВЕРДОВСКИЙ. Внематочная беременность за два года. «Гин. и ак.» № 1, 1930 г.
116. ТОМСОН. Внематочная беременность в конце бере-менности. «Жур. Ак. и жен. бол.», 1899 г.
117. Едо же. То же позднего периода. Там же, стр. 162, 1903 г.
118. THIES. Аутогемотрансфузия при внематочной беремен-ности. „Ztbl. f. G.“ 1914 г.
119. УШКОВ. К вопросу об интерстициальной трубной бе-ременности. «Медицинское обозрение» № 18, 1906 г.
120. ФАЙНБЕРГ. Частота повторной внематочной бере-менности. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 2, 1928 г.
121. ФОРМОЗОВ. Случай внематочной беременности доно-шенной до срока. «Врач. газета» № 9, 1925 г.
122. ФРОЛОВ. Случай доношенной внематочной беремен-ности. «Гин. и ак.» № 3, 1925 г.
123. CHRIST. К дифференциальной диагностике внематоч-ной беременности (заседание Бреславльского ак.-гин. об-ва) цитировано по „Ztbl. f. G.“ 1935 г.
124. ЦЕЙТЛИН. Пробная пункция заднего свода при вне-маточной беременности. Проток. Ленинград. ак.-гин. общества 19 марта 1925 г.
125. ZORN. Интравенозные вливания Питулгяндоля в диаг-ностическом, дидактическом и проч. „Ztbl. f. G.“ № 20, 1926 г.
126. ЧЕРТОК. К клинике внематочной беременности. «Гин. и ак.» № 1, 1930 г.
127. ШПИРТ. К вопросу об одновременной двухсторонней внематочной беременности. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 3, 1935 г.

128. ШТРАУХ. Обзор 79 операций при внематочной беременности. «Врач.» 1898 г.
129. ШТЕРН и КОСОГЛЕДОВ. Обзор 250 операций при внематочной беременности. «Ак. и гин.» № 6. 1936 г.
130. SCHOENHOLZ. Анатомические исследования о причине трубной беременности. „Arch. f. G.“ стр. 44. 1923 г.
131. SCHILE LOUIS. Трубная беременность и атипическое развитие желтого тела. „Arch. mens. de gyn.“ № 2. 1914 г.
132. КАНТАРОВИЧ и ШАТЕРНИК. Клиника внематочной беременности. Минск. 1936 г.

#### 4. Яичниковое кровотечение.

1. ACZEL. Тяжелое внутрибрюшинное кровотечение из яичника. „Ztbl. f. Chir.“ № 38. 1934 г.
2. БАЗДЫРЕВ. К вопросу об угрожающих жизни кровотечениях из яичника. «Ак. и гин.» № 2. 1937 г.
3. БАРСУКОВ. Случай кровотечения из желтого тела. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 7—8. 1930 г.
4. VAUMANN. Внутрибрюшинное яичниковое кровотечение вне беременности. „Journ. de Chir.“ № 44. 1934 г.
5. ВЕСК. К вопросу о внутрибрюшинном кровотечении из яичника (желтого тела). „Ztbl. f. G.“ № 31. 1926 г.
6. VONE. О кровотечениях из желтого тела. „Ztbl. f. Chir.“ № 51. 1934 г.
7. ГЕРЕНРОТ. К вопросу об угрожающих жизни кровотечениях из желтого тела яичника. «Саратовский вестник здравоохран.» № 1—2. 1935 г.
8. ГУДИМ—ЛЕВКОВИЧ. К вопросу о кровотечениях из яичника. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 6. 1925 г.
9. HEDDE. Внутрибрюшинное кровотечение из желтого тела. Диссертация. Фрейбург. 1913 г.
10. HOWKES. Значительное кровотечение из граафова пузырька или желтого тела. „Amer. Journ. of Obst.“ № 32. 1936 г.
11. НОУТ а. MEIGS. Разрыв граафова фолликула и желтого тела. „Surg. gyn. а. Obst.“ № 32. 1936 г.
12. ЗЛОТВЕР. Случай смертельного интраабдоминального кровотечения. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 1-2. 1927
13. КАЗУНИН. Случай овариального кровотечения. «Ак. и гин.» № 2. 1937 г.
14. KLEIN. Об угрожающем жизни внутрибрюшинном кровотечении из яичника. „Ztbl. f. G.“ № 2. 1926 г.

15. KREUTZSCHWAR a. ARNELL. Внутрибрюшинное кровотечение из яичника. „Amer. Journ. of obst.“ № 32, 1936 г.
16. CORNIL etc. К изучению патологической анатомии и патогенеза овариальных кровотечений. „Gynec. et Obst.“ № 6, 1933 г.
17. ЛЕМБЕРГ. Внутрибрюшинные кровотечения из яичников в хирургической клинике. «Вестник хирургии» № 2, 1937 г.
18. ЛЬВОВ. Алоплексия правого яичника повешая к за-маточной кровяной опухоли с картиной вне-маточной беременности. «Врач» стр. 37, 1897 г.
19. LOUROS. О кровотечениях из желтого тела. „Arch. f. G.“ Bd. 118.
20. LUTTGE. Угрожающие жизни овариальные кровоте-чения. „Ztbl. f. G.“ № 24, 1924 г.
21. ОЕСКЕ. Внутреннее кровотечение в брюшную по-лость вследствие лопнувшей овариальной ге-матомы. „Deuts. med. Woch.“ стр. 577, 1936 г.
22. ПОБЕДИНСКИЙ. Случай кровотечения из желтого тела симулировавший внематочную беремен-ность. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 2, 1928 г.
23. ТОПЧИЕВА и СЛАВСКАЯ. К вопросу о яичниковых кровотечениях. Проток. засед. Ленинград. ак-гин. об-ва от 2 апреля 1925 г.
24. ТОЛДУ. Овариальные кровотечения, как источник за-маточного крово скопления. „Ztbl. f. G.“ № 4, 1924 г.
25. VIENÖFER. О значительном кровотечении в свободную брюшную полость из яичника. Диссертация. Бонн, 1932 г.
26. ХАСКИН и ВЕЙЦ. К вопросу о яичниковых кровоте-чениях. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 7—8, 1930 г.

## 5. Перекрученная киста яичника.

1. VARON CHARLES. Повторное перекручивание у больной обеих яичников. „Amer. Journ. med. assoc.“ Май 1934 г.
2. ВОНАСИ. Киста яичника с перекрученной ножкой (ци-тирован по «Жур. Ак. и жен. бол.» за 1907 г.).
3. ВОСКРЕСЕНСКИЙ. Случай перекрученной кисты. «Врач. газета» № 4, 1907 г.

4. ГАУСМАН. К вопросу о перекручивании ножки кистовидных опухолей яичника и случай полного откручивания ножки дермоидной кисты. «Жур. Ак. и жен. бол.», стр. 433. Т. 24.
5. ГРУЗДЕВ. О перекручивании ножки яичниковых кист. «Врач. газета» № 17. 1903 г.
6. GRAEFE. К вопросу об овариотомии у беременных. „Med. Wochenschr.“ № 43. 1902 г.
7. DERERA. Перекрученная паровар. киста ущемившая сигмовидную кишку. Перитонит. „Ztbl. f. Gyn.“ № 7. 1906 г.
8. HEINZE. Перекручивание ножки опухоли яичника у 6-ти летней девочки. Там же № 48. 1923 г.
9. JOLLY. Механизм перекручивания ножки опухоли яичника. Там же № 9. 1907 г.
10. КАДЫГРОБОВ. Нагноение яичниковых кист. «Жур. Ак. и жен. бол.» №№ 7, 8 и 9. 1904 г.
11. КОЛОСОВ. К вопросу об овариотомии во время беременности. Труды Моск. ак.-гин. об-ва, т. 21. 1907 г.
12. КОГАН. Беременность и опухоли яичников. Отчет о засед. Ленинград. ак.-гин. об-ва. Протокол от 13 марта 1927 г.
13. КУЗЬМИН. О кишечной непроходимости, как следствии осложнения овариальной кисты беременностью. «Мед. обозрение» № 12. 1903 г.
14. KÜSTNER. Правила перекручивания ножки яичниковых опухолей. „Ztbl. f. Gyn.“ стр. 209. 1891 г.
15. KORCZEWSKY. Случай кисты яичника у 10-тилетней девочки с перекручиванием ножки. „Ztbl. f. Gyn.“ № 17. 1905 г.
16. LÖHLEIN. Перекрученная киста и беременность. „Bulletin de l'acad. de med.“ 1899 г.
17. MORESTIN. Случай перекручивания и разрыва кисты на 5-м месяце беременности. „L'obstetrique“ -- Июль 1907 г.
18. NEUGEBAUER. Перекручен. паровар. кисты. Цитир. по «Жур. Ак. и жен. бол.». 1906 г.
19. Он же. О перекрученных кистах яичников. Цитир. там же 1900 г.
20. ОРЛОВ. Перекручивание ножки кисты яичника при беременности. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 5. 1904 г.
21. ОРБАНТА. Влияние опухоли яичника на беременность, роды и послеродовой период. Там же. 1899 г.

22. ПОРОШИН. Овариотомия во время беременности. Там же. 1897 г.
23. ПРОХОРОВ. Патолого-анатомическое изменение стенок яичниковых кист при перекручивании. Диссертация. Петербург. 1896 г.
24. PROUST et DEROIDE. Перекручивание ножки кисты яичника и полускручивание матки и проч. „Soc. anat. de Paris.“ Июль 1909 г.
25. PAYR. Механизм перекручивания опухолей яичника. „Deuts. Zeitschr. f. Chir.“ 1906 г.
26. RANZI. К вопросу о дифференциальной диагностике между перекручиванием кистовидных опухолей женской половой сферы и аппендицитом. „Munch. med. Woch.“ № 1. 1908 г.
27. SELLHEIM. Механика перекручивания ножки внутренних органов и проч. „Arch. f. G.“ 1923 г. Bd. 118.
28. ФАЙН. К вопросу о перекручивании ножки дермоидных кист. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 5. 1926 г.
29. ХЕЧИНОВ. О перекрученных кистах. Там же № 8. 1931 г.
30. АРЕШЕВ. Острый живот в связи с перекручиванием кист. „Труды 2-го Закавказского съезда акушеров и гинекологов.“ Еревань 1937 г.

## 6. Перекрученные матка и трубы.

1. ALBERTIN. Гидросальпинкс с перекручиванием и значительное маточное кровотечение. „Lyon méd.“ № 27. 1911 г.
2. ВАРНЕК. 3 случая опухоли фаллопиевой трубы осложненной перекручиванием ножки. Труды Моск. ак.-гин. об-ва № 3. 1893 г.
3. WALLIS. Случай перекрученных придатков. Заседание Венского ак.-гин. об-ва. Цитир. по „Ztbl. f. G.“ 1935 г.
4. ГЕРИНШТЕЙН. Случай перекрученной фаллопиевой трубы. «Акуш. и гин.» № 7. 1936 г.
5. ГИНОДМАН. К вопросу о патогенезе перекручивания фаллопиевых труб. «Моск. мед. журн.» № 3. 1927 г.
6. GLINSKI. Перекручивание по оси беременной матки. „Monatsschr. G. u. G.“ № 4. 1910 г.
7. GROSSMANN. О перекручивании фаллопиевых труб. „Ztbl. f. G.“ 1925 г.
8. ГОЕСКЕ. Случай перекрученной по оси рожавшей матки. „Ztbl. f. G.“ № 6. 1937 г.
9. ДМИТРИЕВ. К вопросу о перекручивании фаллопиевых труб. «Журн. Ак. и жен. бол.» № 1. 1926 г.

10. НЕИМ. Перекрученный гидросальпинкс. Диссертация. Марбург. 1936 г.
11. ЯВАНОВИЧ. Перекручивание фиброматозно-перерожденной беременной матки. „Annales de Gyn.“ 1907 г.
12. КАДЫГРОБОВ. К вопросу о первичном перекручивании фаллопиевой трубы. «Журн. Ак. и жен. бол.» № 1—2. 1906 г.
13. КОСОБЛУДСКИЙ. Случай перекрута матки, как осложнение после операции кесарева сечения. «Ак. и гин.» № 5. 1936 г.
14. КОХАНОВ. 2 случая перекручивания фаллопиевых труб. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 12, 1910 г.
15. LEGUEU. Перекручивание труб при сальпингитах. „La presse med.“ № 12. 1900 г.
16. LEPAGE et MOUCHOTTE. Перекручивание фибромы матки во время беременности. „Annales de Gyn.“ 1906 г.
17. МУХИНА. Редкий случай перекручивания ножки миомы с перекручиванием матки. «Журн. Ак. и жен. бол.» № 2. 1909 г.
18. MARTIN. Правосторонний гидросальпинкс с перекрученной ножкой. „Soc. d'Obst. et Gyn.“ 1906 г.
19. NEUGEBAUER. О перекручивании здоровых придатков в детском возрасте. „Ztbl. f. G.“ № 49. 1922 г.
20. OLOW. 2 случая перекручивания матки. „Monatsschr. f. G.“ Bd. 31 1910 г.
21. PINARD. Перекрученная труба пораженная водянкой при беременности. „Comptes rendus de la Soc. Obst.“ Декабрь 1902 г.
22. PLINE. О перекручивании воспаленных труб. „Ztbl. f. G.“ № 26. 1929 г.
23. SPAETH. Миомотомия во время беременности вследствие перекручивания матки вокруг своей оси. „Deuts. med. Woch.“ № 10. 1908 г.
24. STARK NIGEL. Остропротекающее перекручивание нормальных придатков со скоплением крови в трубе. „Journ. of Obst. Brit. empir.“ Февраль. 1911 г.
25. ТОМСОН. К перекручиванию опухолей фаллопиевых труб. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 6. 1906 г.
26. FAURE. Случай перекручивания матки. „Comptes rendus de la soc. obst.“ 1903 г.
27. SCHWEITZER. Изолированное перекручивание нормальной трубы. „Ztbl. f. G.“ № 2. 1918 г.

28. CHARBONNIER et BRANDT. Случай травматического перекручивания здоровых придатков. Рефер. по „Ztbl. f. G.“ № 5. 1937 г.

## 7. Перитониты акушерского и гинекологического происхождения

1. BENTIN. К лечению перитонита. „Med. Klinik.“ Н. 18. 1933 г.
2. Он же. Перитониты. „Deutsch. med. Woch.“ S. 1421. 1934 г.
3. ВЕНЦОВСКИЙ. К клинике перитонитов. «Гин. и ак.» № 1. 1930 г.
4. CAZZAMALI. (Милан). К бактериологии острого перитонита. (Цитир. по „Ztbl. f. Gyn.“ 1932 г.
5. KÖRTE. Замечания к хирургическому лечению острых перитонитов. „Ztbl. f. Chir.“ № 14. 1926 г.
6. COTTE et CHALIER. 5 случаев общего острого перитонита на почве разрыва пиосальпинкса. „Rev. d. Gyn. et Obst.“ Июль 1907 г.
7. МИРОНОВ. Случай острого гнойного перитонита. «Жур. Ак. и жен. бол.». Ноябрь 1903 г.
8. MOLIN et CONDAMIN. Лечение острого перитонита после аборта. „Lyon méd.“ № 5. 1933 г.
9. НАПАЛКОВ. Неотложная хирургия перитонита. Труды 2-го съезда хирургов Сев. Кавказ. края. 1927 г.
10. ПОПОВ. О постангинозных перитонитах. «Советская хирургия» № 3. 1936 г.
11. PURAN и OLDFIELD. Пуэрперальный диффузный перитонит. „Bullet. d'obst amer.“ № 1. 1933 г.
12. SENAISQUE О хирургическом вмешательстве при перитоните на почве разрыва пиосальпинкса. Цитировано по „Ztbl. f. G.“ за 1932 г.
13. SOLARI. Перитонеальные серозиты. Цитир. по „Ztbl. f. G.“ № 14. 1936 г.
14. СОЛОВЬЕВ. Перитонит туберкулезный и септический. «Жур. Ак. и жен. бол.», стр. 785, 1890 г.
15. HARTMANN. Лечение острых перитонитов. „Annales de gyn. et Obst.“ Май 1911 г.
16. Его же. Связь аппендицита с воспал. придатков. „La clinique.“ Февраль 1908 г.
17. ÜBERMUTH. Разрыв пиосальпинкса и тубоовариального абсцесса под видом гинекологического перитонита. „Ztbl. f. Chir.“ № 246. 1936 г.

18. ТИКАНАДЗЕ. Связь между заболеваниями аппендикса и прав. придатками. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 9. 1908 г.
19. ХОЛОДКОВСКИЙ. О взаимоотношении между аппендицитом и сальпингитом. Там же.

## 8. Разрыв матки.

1. АЗЛЕЦКИЙ. 3 случая спонтанных разрывов матки во время родов. «Гин. и ак.» № 6. 1935 г.
2. АЛЕКСЕНКО. К этиологии произвольных разрывов матки во время родов. «Жур. Ак. и жен. бол.» стр. 385. 1890 г.
3. БЕКМАН. К этиологии разрывов матки во время родов. «Жур. Ак. и жен. бол.» стр. 533. 1892 г.
4. БЕНЕМСОН. 3 случая разрыва матки во время родов. «Гин. и ак.» № 4 1935 г.
5. БОГУШ. Разрыв беременной матки. «Журн. Акуш. и жен. бол.», стр. 1015. 1909 г.
6. BANDL. О разрыве матки и механике этого. Вена. 1875 г.
7. ВАЙНШТЕЙН. К вопросу о разрыве матки во время родов. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 4. 1935 г.
8. ВЕРБОВ. О самопроизвольном разрыве матки при затянувшихся родах и об отсутствии при этом сложной механики. Там же, стр. 1314 и 1451. 1912 год.
9. ВЛАСОВ. Спонтанные разрывы матки во время беременности и проч. «Гин. и ак.» № 4. 1935 г.
10. WETTERWALD. К вопросу о разрывах матки после цервикального трансперитонеального кесарского сечения „Ztbl. f. G.“ № 10. 1926 г.
11. ГРУЗДЕВ. К учению о причинах самопроизвольного разрыва матки. «Жур. Акуш. и жен. бол.», стр. 1114. 1905 г.
12. ДАВЫДОВ. К вопросу об изменении эластической ткани матки при самопроизвольном разрыве ее и проч. Диссертация. Петербург. 1895 г.
13. ДУБЕНСКИЙ. Материалы к этиологии самопроизвольных разрывов матки во время беременности и родов. Тоже. 1884 г.
14. ИОНЕНЕ. К этиологии и диагностике самопроизвольных разрывов беременной матки. „Ztbl. f. G.“ № 2. 1925 г.

15. ИВАНОВ. Статистика и этиология разрывов матки во время родов и проч. «Врач. газета» за 1903 г.
16. ИВАНОВ. К вопросу об этиологии, профилактике и лечении разрывов матки во время родов. Москва. 1904 г. Отчет Моск. род. домов.
17. КАКУШКИН. Проникающие разрывы матки во время родов. «Жур. Ак. и жен. бол.», стр. 132, 1890 г.
18. KELLER. О разрыве матки после кесарского сечения. „Ztbl. f. G.“ № 19 — 1923 г.
19. KLEIN. К вопросу о самопроизвольном циркулярном отрыве *portii vaginalis* во время родов. Там же № 52. 1935 г.
20. ЛАНКОВИЦ. Случай разрыва матки во время родов после операции внематочной беременности. «Гин. и акуш.» № 4. 1935 г.
21. ЛЕДОМСКИЙ. К вопросу о патологии и терапии разрывов матки. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 1. 1909 г.
22. ЛЕЦИУС. К казуистике кругового отрыва влагалищ. части во время родов. Там же, стр. 881. 1892 г.
23. ЛИННИКОВ. Самопроизвольный разрыв матки на 6-м месяце беременности. «Ак. и гин.» № 10. 1936 г.
24. LEDERER. К вопросу об этиологии разрыв. матки при родах. „Ztbl. f. G.“ № 27. 1926 г.
25. МАРКОВ. К вопросу о разрывах матки. «Журн. Ак. и жен. бол.», стр. 1923. 1911 г.
26. МИРОНОВА. Разрыв матки во время родов (за 25 лет). «Журн. Ак. и жен. бол.» № 1, 1925 г.
27. Она же. К вопросу о разрыве матки в родах после шеечного кесарского сечения. «Ак. и гинек.» № 4. 1936 г.
28. MÜLLER. Самопроизвольный разрыв матки по рубцу после кесарского сечения. „Monatsschr. f. Geb.“ 1925 г. S. 70.
29. PRESS. Разрывы матки и разрывы шейки. Диссертация. Кенигсберг. 1930 г.
30. ПОПОВ. К этиологии и операт. лечению полных произвольных разрывов матки во время родов. Петербург. 1899 г.
31. ПОЛЕНОВ. Этиология самопроизвольных разрывов матки. «Журн. Ак. и жен. бол.» стр. 814. 1902 г.
32. СТРОГАНОВ. Течение беременности и родов у женщин перенесших полный разрыв матки. «Врач. газета». 1900 г.

33. SANDBERG. О самопроизвольном разрыве матки. Диссертация. 1909 г.
34. ТОМСОН и ЗИЛЛЕ. К вопросу о разрыве матки. «Журн. Ак. и жен. бол.», стр. 1091. 1900 г.
35. FLEISCHMANN. О самопроизвольном разрыве матки во время родов. Диссертация. Вирибург. 1921 г.
36. ЩЕТКИН. О проник. разрыве сводов влагалища у рожениц. «Журн. Ак. и жен. бол.», стр. 353. 1891 г.

## 9. Преждевременная отслойка детского места.

1. АЛБЕСК. Преждевременная отслойка последа нормально прикрепленного. „Monatsschr. f. Geb.“ 1920 г. Bd 52.
2. WINTER. К учению о преждевременной отслойке последа при nephritis. „Zeitsschr. f. Geb.“ Bd. XI S. 398.
3. ГЕНТЕР. Преждевременное отделение детского места. Диссертация. Петербург. 1913 г.
4. ГРЮНИН. Преждевременная отслойка правильно прикреплен. детского места. «Журн. Ак. и жен. бол.», стр. 553. 1903 г.
5. HERZFELD. К преждевременной отслойке нормально прикрепленного последа. „Ztbl. f. G.“ № 1. 1908 г.
6. КИТНЕР. Случай преждевременного отделения нормально расположенного детского места. «Жур. Ак. и жен. бол.». 1914 г.
7. KNAUER. Преждевременная отслойка детского места в руков. „Halban u. Seitz.“
8. ЛИПКИН. Случай преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. «Акуш. и гинек.» № 6. 1936 г.
9. МАСЛОВСКИЙ. К этиологии преждевременной отслойки детского места при нормальном его положении. «Жур. Ак. и жен. бол. № 6. 1936 г.
10. МУСАТОВ. К вопросу о преждевременном отделении последа во время родов. «Мед. обзор.». 1907 г.
11. ПОВОЛОЦКАЯ—ВВЕДЕНСКАЯ. Преждевременное отделение нормально расположенного детского места. «Гинек. и акушер.» № 1. 1927 г.
12. PRAGER. Преждевременная отслойка нормально расположенного последа. „Ztbl. f. Gyn.“ № 29. 1926 г.

13. RUDOLPH. Преждевременная отслойка последа. „Amer. Journ. of obst.“ vol. 32, 1936 г.
14. СКРОБАНСКИЙ. Преждевременное отделение нормально прикрепленного детского места. «Жур. Ак. и жен. бол.», стр. 492, 1910 г.
15. FRANKEL. О нормальной и преждевременной отслойке последа. „Wiener med. Woch.“ 1922 г.

## 10. Выворот матки.

1. АНИСИМОВ. Случай гинекологического выворота матки. «Врач. газета» № 15—16, 1925 г.
2. БЕКМАН. К этиологии выворотов матки после родов. «Журн. Ак. и жен. болезн.», стр. 518, 1894 г.
3. BECKMANN. К этиологии выворотов матки после родов. „Zeitschr. f. Geb. u. G.“ 1895 г.
4. ВОНМ. К происхождению выворота матки. „Ztbl. f. G.“ № 2, 1937 г.
5. DIENST. Выворот матки оперированный по Küstner'у. „Ztbl. f. G.“ стр. 864, 1903 г.
6. HINRICHS. Inversio uteri puerperalis. „Ztbl. f. G.“ № 46, 1935 г.
7. КАЦ. Тоже. «Жур. Ак. и жен. бол.» стр. 310, 1902 г.
8. КАНЦЕЛЬСОН. Случай полного выворота матки после родов. Там же стр. 303, 1902 г.
9. KÜSTNER. Inversio uteri puerperalis. „Ztbl. f. G.“ S. 945, 1893 г.
10. КОМАРСКИЙ. Тоже. «Жур. Ак. и жен. бол.», стр. 567, 1878 г.
11. МЕЙЕР. Послеродовой выворот матки. Там же. стр. 485 и 628, 1889 г.
12. MASON и RUCKER. Послеродовой выворот матки. „Amer. Journ. of obst.“ № 10, 1925 г.
13. И х же. Послеродовой выворот матки. Там же. т. 11, 1926 г.
14. НЕЕЛОВ. Случай полного выворота матки после родов. «Жур. Ак. и жен. бол.» стр. 823, 1895 г.
15. РЫЖКОВ. К вопросу о вывороте матки после родов. «Врач. газета». 1912 г.
16. СУТУГИН. К лечению хронических выворотов матки. «Врач» № 17, 1890 г.
17. FLEISCHMANN. Полный выворот матки у 70-тилетней старухи. „Ztbl. f. G.“ № 3, 1923 г.
18. PHANEUF. Выворот матки. „Amer. Journ. of Obst.“ № 11, 1926 г.

19. VOGT. Об инвагинации матки. „Archiv. f. Gyn.“ Bd № 121. 1923 г.
20. WELPONER. К статистике послеродовых выворотов матки. „Ztbl. f. Gyn.“ № 19. 1918 г.
21. ZANGEMEISTER. О пуэрперальных выворотах матки. „Münch. med. Woch.“ № 11. 1913 г.

## 11. Аппендицит и беременность.

1. АЛИПОВ. К статистике операций по поводу аппендицита и его осложнений. «Нов. хирург. архив» 1922 года.
2. Его же. К вопросу об экстренной хирургии брюшной полости у беременных. Там же. т. 7. 1925 г.
3. БАРАДУЛИН. Аппендицит. Диссертация. 1903 г.
4. БОБРОВ. Аппендицит и перитонит. Тоже. 1899 г.
5. ВЕБЕР. Аппендицит и беременность. «Журн. Ак. и жен. бол.» № 5—6. 1908 г.
6. JERLOW. (Скандин). Тоже. (Рефер. Schmidt'a в „Berichte über die ges. Geb. u. Gyn.“ Bd X II. № 3—4.
7. КРАСОВИТОВ. К вопросу о перфорат. аппендиц. у беременных. «Жур. Ак. и жен. бол.» № 1. 1932 г.
8. KLEINKNECHT u. TASSOWATZ. Лечение острого аппендицита при беременности. „Bul. de la Soc. Obst.“ Paris, Mai 1933 г.
9. ОППЕЛЬ. К казуистике зависим. сальпингита от аппендицита. «Жур. Ак. и жен. бол.» 1907 г.
10. ПЕВЗNER. Аппендицит и беременность. «Русск. клин.» т. 24.
11. ПОЛИКАРПОВ. Острый аппендицит во 2-й половине беременности. «Сов. хирургия» № 3—4. 1933 г.
12. PINARD. Аппендицит и беременность. Paris. 1899 г.
13. SEGOND. Аппендицит беременность. „Comptes rendus de la Soc. Obst.“ 1899 г.
14. STÄHLER. Гангренозный аппендицит и беременность. „Ztblatt f. Gyn.“ № 8. 1908 г.
15. УСПЕНСКИЙ. Аппендицит и беременность. «Вестник хирургии» № 24. 1901 г.
16. ФАТЮЛ. Острый аппендицит осложнившийся беремен. Цитиров. по „Ztblatt f. Gyn.“ 1934 г.
17. FROMM. Случай гангренозного аппендицита во время беременности со смертельным исходом. „Ztblatt f. Gyn.“ № 18. 1908 г.

18. HAWKES. Острый аппендицит осложнившийся беременностью. „Amer. Journ. of Obst.“ № 32. 1936 г.
19. SCHMID. Аппендицит и беременность (доклад на совместном заседании хирургического и акуш. гинек. обществ в Бреславле). Цитир. по „Ztblatt f. Gyn.“ № 47. 1935 г.
20. МАМАЕВА. К вопросу оперативного вмешательства у беременных и проч., „Сиб. архив теоретич. и клинич. медицины“— 1927 г. кн. 8—10.

## 12. Беременность и непроходимость кишечника.

1. АТАБЕКОВ. Пелус и беременность. «Жур. Акуш. и жен. бол.» № 10. 1910 г.
  2. ИОФФЕ. Тоже. «Гинек. и акуш.» № 4. 1933 г.
  3. НЕЙМАН К вопросу о непроходимости кишечника при беременности. «Гин. и ак.» № 5. 1923 г.
  4. СОЛОВЬЕВ. Пелус во время беременности. «Каз. мед. журнал» № 4. 1933 г.
  5. ФЕДУЛОВ. Беременность и непроходимость кишечника (записки Уральского мед. об-ва). 1899 г.
  6. ШАНАНИН. Заворот кишечн. и беремен. Груды Свердловского инс. ОММ., стр. 166 до 169 1934 год.
-

Пронация



а - дно матки

б - труба

о - киста яичника

Супинация



Рис. № 1. Механизм переключивания кисты яичника.

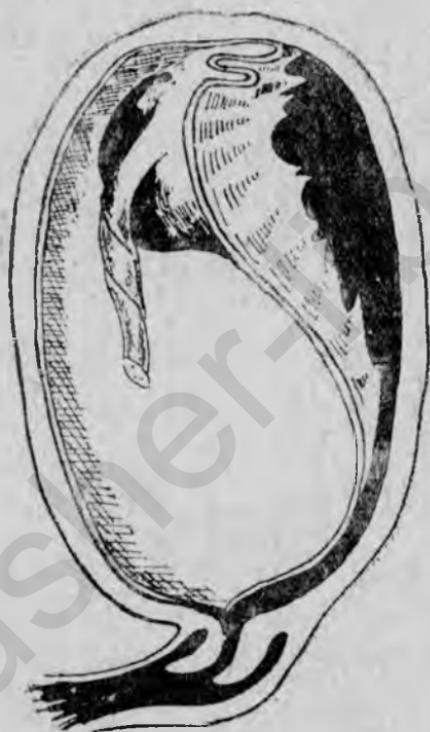
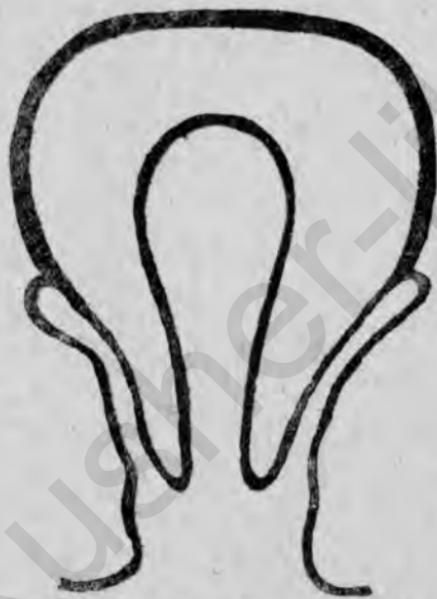


Рис. № 2. Преждевременная отслойка  
детского места.



*Рис. № 3. Выворот матки.*



*Puc. № 4. Invaginatio uteri*

КАРТА БОЛЬНОЙ С „ОСТРЫМ ЖИВОТОМ“

Лечуcreждение

1937 г.

час мин.

Направляется

Ф. И. О.

лет

Краткий анамнез

профессия  
место работы

кварт.  
адрес

Предполаг. диагноз

Подпись врача

Л и н и я о т р е з а

Стад. лечуcreждение

1937 г.

ОБРАТНЫЙ ТАЛОН БОЛЬНОЙ С „ОСТРЫМ ЖИВОТОМ“

Направленная Вами

Ф. И. О.

лет

находилась в стационаре с

По Направляя врач

диагноз при поступлении

профессия  
место работы

кварт.  
адрес

Стационарный диагноз