

ПОСОБИЯ ДЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

В. В. СТРОГАНОВ

ПРОФЕССОР ГОСУДАРСТВЕННОГО АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА (ЛЕНИНГРАД), ПОЧЕТНЫЙ ЧЛЕН: ИРЛАНДСКОЙ КОРОЛЕВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ, АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОБЩЕСТВ: БЕЛЬГИЙСКОГО, ЛЕНИНГРАДСКОГО И МОСКОВСКОГО, АКУШЕРСКОГО ОБ-ВА В ЭДИНБУРГЕ, ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ АКУШ.-ГИНЕК. СЕКЦИИ OF ROYAL SOCIETY OF MEDICINE В ЛОНДОНЕ.

СБОРНИК АКУШЕРСКИХ ЗАДАЧ

ПОСОБИЕ К СЕМИНАРСКОМУ МЕТОДУ

**ЧЕТВЕРТОЕ ДОПОЛНЕННОЕ ИЗДАНИЕ
С ПРИЛОЖЕНИЕМ ИЗБРАННЫХ СТАТЕЙ
ПО АКУШЕРСТВУ**

*Научно-Технической Секцией Государственного Ученого Совета
допущено в качестве пособия для высшей медицинской школы.*



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА 1926 ЛЕНИНГРАД**



Гиз № 12188.
Ленинградский Гублит № 11019.
14⁵/₄ л. Отп. 3.000 экз.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ.

Сколько мне известно, подобного рода труда нет ни во французской, ни в немецкой литературе; равным образом, просматривая *Jahresbericht F r o m m e l ' s*, я не нашел указаний на существование такового и в других литературах. Вследствие этого считаю нужным привести мотивы, вызвавшие появление этой работы. Цель ее — способствовать более ясному, детальному и основательному знакомству с оперативным и лекарственным лечением в акушерстве. Учебники оперативного акушерства представляют обыкновенно в последовательном порядке ряд правил, принятых в настоящее время за наиболее рациональные. Условия клинической деятельности и частной практики, приводя эти правила в многообразные сочетания и иногда столкновения, то возводят значение некоторых из них до абсолютной высоты, то низводят их до нуля. Поясню эту мысль примером: эклампсия, разрыв матки, преждевременное отделение последа могут служить показанием к самым различным операциям — щипцам, перфорации, повороту и кесарскому сечению. С другой стороны, возможно и неоперативное лечение их. Все зависит от условий данного случая и до некоторой степени от места.

Само собой понятно, что правильная оценка случаев и умение быстро ориентироваться при подобных трудных обстоятельствах, требующих нередко самых скорых и решительных мер, могут быть достигнуты наиболее совершенно путем клинических наблюдений под руководством опытного товарища. Но это последнее возможно лишь при затрате массы времени и доступно ограниченному числу лиц.

Заменой живой речи учителя у постели больной является более сухая и отвлеченная мысль учебника, без которого, конечно, обойтись нет возможности. Но в этом последнем по необходимости обращают внимание на общие правила, которые и подвергают анализу и критике. У постели больной, напротив, преподаватель имеет в виду данный частный случай, переходя от него к общему правилу.

Настоящий труд представляет собою именно подобное отношение к акушерским случаям. Разбираются отдельные случаи, а не общее правило. Само собою понятно, в печати не может быть столь подробного, разнообразного анализа их, как у постели больной. Живая речь, в особенности с возможностью для слушателя останавливаться на пунктах для него неясных или сомнительных, — дает несомненно больше выгод, выясняет полнее противоречия неточ-

ности и сомнения. Конечно, было бы ошибкой думать, что эта книга может заменить клиническое преподавание. Нет, она предназначена для лиц, не имеющих возможности достаточно заниматься в клинике, служа до некоторой степени подспорьем последнему.

Изложение акушерских случаев в форме задач, которые читатель должен каждый раз самостоятельно решать, имеет на мой взгляд большое значение: читатель должен быть при этом активным, он переживает трудности случая, по необходимости анализирует его, обращает внимание на мелочи, которыми нередко определяется та или другая форма пособия. Далее, создавши определенный план действий, читатель знакомится со взглядом автора, критикует его, узнает более или менее подробно мотивы принятого плана лечения, отстаивает свой план и, в заключении, приходит к окончательному выводу.

Было бы еще более полезно, если бы мною был издан одновременно учебник оперативного акушерства, — тогда взгляды автора еще полнее были бы выяснены перед читателем. Но такового нет, и я до некоторой степени могу пополнить этот недостаток указанием, что мои взгляды совпадают более всего с тем, что изложено Fehling'ом в его оперативном акушерстве: *Handbuch der Geburtshülfe von Dr. Müller. Bd. III.*

Если при изучении математики, физики, космографии, языков, технологии и пр. задачи являются существенным элементом преподавания, — полагаю, что и в медицине они принесут не мало пользы.

Эти соображения приводят меня к убеждению, что идея этой книги плодотворна. Не мне судить, насколько удачно я выполнил ее. Как первый опыт в этом роде, она должна иметь не мало недостатков. Но если идея плодотворна, то скоро явятся другие работы более совершенные, которые будут служить развитию отечественной практической и научной медицины — высшей цели, которой хотел бы служить по мере сил автор.

В. Строганов.

7 февраля 1903 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ЧЕТВЕРТОМУ ИЗДАНИЮ.

Третье издание сборника акушерских задач, этого «wissenschaftlich-pädagogisches Novum», как выражается проф. Richter (см. задачу 75), уже разошлось и значительно устарело. Настоящее 4-ое значительно увеличено и изменено соответственно новейшим приобретениям акушерской науки.

Считаю полезным оставить здесь и некоторые из моих работ, до сих пор имеющих на мой взгляд значение в деле борьбы с акушерской заболеваемостью и смертностью.

Полагаю, что оставление ванн как очищающего приема перед родами и замена их душем, баней или просто обмыванием тела больной будет способствовать этой высокой цели.

Несмотря на многочисленные подтверждения моих исследований в особенности проф. Chrobak'ом и Zweifel'ем, ванна до сих пор еще не оставлена во многих акушерских учреждениях. Мало того, моя работа оценивается до сих пор односторонне, ибо обыкновенно рассматривают только вхождение воды во влагалище, между тем как упускают из виду загрязняющее влияние ванны на грудные железы, руки, область наружных половых частей и, наконец, на все тело. Положение — в ванне роженица купается обыкновенно в загрязненной воде, в которой могут находиться даже следы экскрементов не только самой больной, но и бывших в ванне ранее, — осталось до сих пор непоколебленным.

Не менее важен вопрос о раннем вставании после родов, который, правда, в настоящее время не может считаться окончательно решенным, но который уже на основании многочисленных наблюдений может быть изменен в этом направлении. Разработка деталей принадлежит будущему. Считаю полезным познакомить здесь с моими взглядами на этот важный вопрос современного акушерства.

Большое значение для практического врача имеет также лечение эклампсии — болезни, которая представляется одним из самых тяжелых осложнений беременности и родов. Профилактический метод лечения ее в усовершенствованной форме дает настолько хорошие результаты, что познакомиться с более подробной мотивировкой его и применением считаю также очень важным, почему и прилагаю здесь некоторые из моих работ, относящихся к этому вопросу.

Заслуживает также внимания вопрос о применении *rubiotomiae*, отодвинутой последнее время на второй план, по моему мнению незаслуженно, по крайней мере в известных границах, кесарским сечением, почему присоединяю свой доклад на Съезде Общества Российских Акушеров и Гинекологов в Киеве.

Считаю небесполезным приложить доклад о метрейризе, который был поставлен программным вопросом в акушерской секции VIII Пироговского Съезда в Москве.

В. Строганов.

12 мая 1926 г.
Ленинград.

АКУШЕРСКИЕ ЗАДАЧИ

akusherlib.ru

Задача 1.¹

*А. Перворождающая. Роды начались 8 часов тому назад. Таз нормальный; потуги удовлетворительны. У роженицы наблюдаются явления инфлуэнцы: насморк, легкий кашель, бронхит, повышенная t° (38,5 $^{\circ}\text{C}$); других патологических явлений со стороны легких нет: сердцебиение плода выслушивается ясно, слева от пупка. При внутреннем исследовании находим: открытие зева на два пальца, пузырь цел, предлежат ягодицы и одна ножка; *distantia trochanterica* плода — над входом, в левом косом размере таза; спинка плода обращена влево и вперед. Что делать в данном случае?*

Ответ. В данном случае имеются следующие отклонения от нормы: роды осложнены заболеванием матери инфлуэнцой с повышением t° до 38,5. Кроме того, ягодицы стоят выше нормального. В виду того, что состояние ребенка вполне удовлетворительно и повышенная t° матери зависит исключительно от присоединившегося заболевания инфлуэнцой, нет показаний предпринимать какие-либо меры к скорому родоразрешению, — т.-е. должно *выждать и в то же время лечить инфлуэнцу*. Роды могут окончиться силами природы. Однако, в виду осложнения их лихорадочной t° , желательно провести в дальнейшем эти роды под строгим контролем.

В. Роды протянулись еще 12 часов, таким образом они продолжаются уже 20 часов. Приехавший врач исследует роженицу и находит: зев раскрыт совершенно, воды еще не прошли, положение ягодиц то же (над входом); температура не понизилась, мать за это время значительно измучилась, схватки сделались более редкими и слабыми. Нужно ли вмешиваться, и если нужно, то как?

Ответ. К вышеозначенным ненормальностям присоединились истощение роженицы и заметно выраженная слабость маточных сокращений. В виду того, что зев совершенно раскрыт и, принимая во внимание измученное состояние матери и повышенную температуру, еще более ее ослабляющую, — мы делаем

¹ Истории родов составлены по возможности кратко, а все те условия, которые не приведены, должны считаться нормальными. Так, напр., если не упомянуты размеры таза, не определена величина ребенка, не сообщено о течении предшествовавших родов и проч., — в таком случае все эти данные предполагаются в пределах нормы, если это не противоречит остальным условиям задачи. Для большего удобства обзора содержания в конце приложено краткое резюме задач и ответов, по которому быстро можно найти интересующую читателя задачу.

следующее: *разрываем пузырь* и для ускорения родов *низводим ножку*, чтобы создать условия, позволяющие нам окончить роды по желанию, тем более, что ножку здесь не трудно достать. При дальнейшей слабости потуг фиксация ягодич в области входа может поставить акушера в тяжелое положение, заставляя его, в случае необходимости окончить роды, прибегнуть к тяжелой операции в роде наложения крючка или петли на пах. *После низведения ножки выжидаем*: роды могут окончиться силами природы. Можно принять за правило, что при указанных условиях изгнание плода начнется в течение первого получаса. Важно установить, какую ножку предпочтительно низводить — переднюю или заднюю. Как правило, лучше низводить переднюю ножку, так как при низведении задней она в дальнейшем течении родов обыкновенно приближается к лонному сочленению, т.-е. делается передней. Следовательно, плод делает довольно значительный поворот вокруг своей вертикальной оси, на что, конечно, требуется затрата сил и времени. Однако, в тех случаях, где низведение передней ножки затруднительно, можно низвести заднюю ножку. В данном случае одна ножка предлежит, следовательно, ее низведение легко, ее мы и низводим.

С. При низведении ножки выпала пуповина и сердцебиение плода замедлось до 95 ударов в минуту вне схватки. Что делать?

Ответ. Медлить нечего: должно сейчас же сделать извлечение, так как ребенок находится в опасности.

Д. При повторном исследовании оказалось, что замедление сердцебиения плода до 95 ударов в минуту наблюдается только во время схватки, в то время как вне схватки оно делается во всех отношениях правильным.

Ответ. Непосредственной опасности для ребенка нет, почему мы можем выжидать в течение некоторого времени, тщательно наблюдая (каждые 5 — 10 минут) за сердцебиением его. Выжидание имеет целью естественное, наиболее значительное растяжение влагалища и промежности, дающее возможность легче пройти плечикам, ручкам и головке. В дальнейшем, при появлении признаков асфиксии плода, показывается немедленная экстракция. При ригидной промежности и узком входе во влагалище следует иметь в виду производство *perineotomiae*.

Что касается экстракции, то она производится следующим образом: больная переносится на операционный стол, дезинфицируется, опорожняется мочевого пузырь, ножка захватывается одноименной рукой близко от половых частей и производится влечение, как правило, во время схватки или при выжимании сверху по Кристеллеру, по оси того отдела таза, где находится *dist. trochanterica* плода. Так как в этом случае ягодичы вступают во вход, то и направление влечения главным образом должно быть по оси этого отдела, т.-е., при вытянутых бедрах приблизительно 60° к горизонту, а при притянутых к животу бедрах (как это делается у нас с ногодержателем) — 30° к горизонту. При затруднительном извлечении допускаются отклонения

вниз и в другую сторону (легкие качательные тракции). По мере приближения к выходу тракции приближаются более и более к горизонтальным. Как только *anus* показался у задней спайки, всегда можно ввести один палец в паховой сгиб невыпавшей ножки, и тогда влечение делается обоюдосторонним. С выпадением второй ножки захватывают плод за таз (но не за живот, последнее — грубая акушерская ошибка из-за возможности порвать кишечник плода) и продолжают влечение до угла лопаток. Затем вводят два пальца, а иногда и полруки во влагалище и низводят заднюю ручку, а затем и переднюю. В последнее время при нормальном тазе я извлекаю плод до половины лопаток и освобождаю первой переднюю ручку, если задняя не показывается и не выпадает сама. У меня получилось впечатление, что освобождение ручек идет при этом более легко. Головка при нормальном тазе лучше всего извлекается по способу *m-me Lachapelle* или *Mauriceau*, т.е. палец в рот и другая рука вилообразно на шейке плода. Первая производит сгибание, а вторая извлечение.

Задача 2.

Многорождающая; четвертые роды. Имеется кровотечение средней степени из полового канала и в зависимости от этого небольшая анемия. Пульс соответственно анемии несколько учащен и не совсем полный. Роды продолжаются 6 часов. Размеры таза: *dist. troch.* — 30, *dist. crist.* — 28, *dist. spin.* — 25, *conj. ext.* — $19\frac{1}{2}$, *conj. diagon.* — 12; сердцебиение ребенка ясное — 136 ударов, выслушивается справа от пупка; зев раскрыт на $\frac{1}{2}$ пальца, шейка не вполне сглажена, *пузырь цел*; прощупываются *ягодицы над входом*; *dist. troch.* в правом косом размере входа в таз. Кроме второго ягодичного положения констатируем *краевое предлежание плаценты*.

Ответ. Два осложнения имеются в данном случае: кровотечение и слабость маточных сокращений в первом периоде при стоячих водах и при ягодичном предлежании. Второе представляется маловажным. Первое же, напротив, крайне важно. Причина кровотечения в данном случае выяснена исследованием: имеем дело с *краевым предлежанием плаценты*.

Трудность данного случая состоит в том, что шейка матки представляется мало раскрытой, вследствие чего низведение ножки после разрыва пузыря может оказаться очень затруднительным. Кроме того, выпадение пуповины, нередко наблюдающееся при ягодичных положениях и еще чаще при низведенной ножке, заставляет стремиться в интересах плода произвести низведение ножки при большем раскрытии зева. (Низкое прикрепление последа также предрасполагает к выпадению пуповины.)

Выжидание здесь также неуместно, потому что кровотечение будет продолжаться — и анемия, равно и слабость роженицы от этого лишь усилятся, а шансы на получение живого ребенка уменьшатся.

Можно поступить здесь тройким образом: 1) *затампонировать шейку и отчасти рыхло свободный нижний сегмент матки иодоформенной марлей*

и плотно влагалище и особенно влагалищные своды и этот тампон продержатъ 6 — 8 часов, пока произойдет большее раскрытие зева. Тампон, раздражая матку, усиливает маточные сокращения, с другой стороны, отчасти непосредственно прижатием, отчасти способствуя быстрому свертыванию вытекшей крови, закрывает просветы кровотокающих сосудов, уменьшая или даже почти совершенно останавливая кровопотерю до более значительного раскрытия зева. В данном сравнительно легком случае (краевое предлежание) с большой вероятностью можно рассчитывать на остановку кровотечения от тампона. Если бы схватки при этом оставались слабыми, следовало бы ввести небольшие дозы pituitrin'a (или hypophysin'a, или pituglandol'я — по моему опыту последний действует слабее) $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{2}$ шприца 1 — 2 — 3 раза. К концу указанного срока можно рассчитывать на раскрытие шейки и зева, достаточное для низведения ножки. Более или менее продолжительная и сильная родовая деятельность, особенно с наступлением натужных болей, появление нового кровотечения или слишком долгий срок пребывания тампона в матке (6 — 8 час.) будут служить показанием к удалению последнего. Уже при зеве на 3 — $3\frac{1}{2}$ пальца низведение ножки не встретит больших затруднений. Это последнее (низведение ножки) почти во всех случаях placenta praeviae представляет конечную цель акушера, так как с этой минуты он делается хозяином положения, имея в своих руках возможность потягиванием за ножку более плотно затампонировать нижний сегмент матки и даже закончить роды. Если бы кровотечение после извлечения тампона было ничтожное и движение родов при нормальных схватках было хорошее, можно было бы ограничиться разрывом пузыря, рассчитывая на нормальное окончание родов. Но по большей части схватки бывают слабые или кровотечение, хотя и в умеренном количестве, продолжается, тогда низведение ножки является показанным.

При указанных условиях, как только зев достаточно расширится (3 — $3\frac{1}{2}$ пальца) — разорвать пузырь и низвести ножку. Разрыв пузыря при placenta praevia имеет также большое значение в силу следующих обстоятельств: кровотечение при предлежании плаценты, равным образом как и при низком прикреплении ее, как известно, обуславливается тем, что во время родов нижний отдел матки растягивается и поднимается кверху, в то время как нижний сегмент яйца остается на месте или даже опускается книзу. При таком противоположном движении неизбежно происходит отделение нижнего отдела яйца, а, следовательно, и отделение низко сидящего последа от стенки матки и связанное с этим кровотечение из разорванных сосудов главным образом deciduae serotinae. Разрывая же пузырь, мы даем возможность оболочкам и последу подниматься вместе со стенкой матки кверху, почему новое отделение последа от стенки матки происходит в значительно меньших размерах, чем прежде. Кроме того, головка (если бы таковая предлежала) или ягодицы немедленно после широкого разрыва пузыря опустятся и будут прижимать оболочки к последом к нижнему сегменту матки, играя таким образом роль внутреннего тампона. Итак, это пособие уже само по себе будет весьма благоприятным фактором в нашем случае. Но так как здесь имеется предлежание ягодиц,

мы, кроме разрыва пузыря, низводим ножку, чтобы, во-первых, в случае надобности, легким потягиванием за ножку лучше тампонировать ягодицами нижний маточный сегмент и, во-вторых, иметь возможность окончить роды по желанию, при появлении показания со стороны матери или плода.

Дальнейшее течение родов предоставляется силам природы. Извлечение при placenta praevia стараются делать при зеве почти или совершенно открытым во избежание разрывов шейки матки с последовательным крайне опасным кровотечением. Само собой понятно, что в дальнейшем течении этого случая врач будет наготове оказать пособие, какое потребуется при родах в ягодичном положении.

2) Другой образ действий, рекомендуемый особенно при отсутствии надежного асептического материала для тампонации, это — немедленный широкий разрыв пузыря, после чего кровотечение или останавливается, или совершается в ничтожном количестве. Если бы кровотечение было более значительным, следовало бы ввести внутриматрично кольпейринтер, который в таком случае называют обыкновенно метрейринтером.

Как видно из сказанного, местоположение его должно быть иным, чем тампона из марли. Последний принимает форму, отвечающую свободному нижнему сегменту и находящемуся в нем яйцу; при вкладывании его не должно происходить нового отделения последа, так как он вводится рыхло, между тем как метрейринтер всегда имеет одну и ту же грушевидную форму и при своем наполнении должен приподнимать нижний сегмент яйца и при этом может вызвать отделение его. Кроме того, при метрейринтере остается гораздо более свободного места между ним и яйцом, куда и будет изливаться кровь. Следовательно, введение метрейринтера при целом пузыре представляется невыгодным.

Иное дело введение метрейринтера в полость яйца (т.-е. после разрыва пузыря).

Условия будут несравненно более благоприятны. Прежде всего получатся все выгоды от разрыва пузыря в отношении возможности движения вверх последа вместе с нижним сегментом матки. Далее метрейринтер не отталкивает кверху нижний сегмент яйца, а, напротив, изнутри прижимает его к стенке матки и, следовательно, нижнюю часть последа. Кроме того, нижний сегмент матки обхватывает плотно метрейринтер, приспособляясь к его форме. Как инородное тело, метрейринтер будет раздражать матку и тем способствовать более сильным сокращениям и, следовательно, более быстрому раскрытию зева. К тому же он будет задерживать околоплодную жидкость и тем приближать роды к нормальным.

В дальнейшем образ действий акушера будет такой же, как и при тампонации, т.-е. при зеве, раскрытом пальца на 3 — 4 (когда метрейринтер будет извергнут из матки во влагалище), нужно произвести низведение ножки с последующим выжиданием.

Очевидно, этот способ имеет много преимуществ и до известной степени может конкурировать с вышеописанным. Однако, первый я ставлю выше вто-

рого, так как при последнем роды протекают при условиях более ненормальных, так как условия для заражения *ceteris paribus*, по моему мнению, более благоприятны при метрейризе.

3) Третий образ действий может быть применен, когда по местным условиям (нет ни кольпейринтера, ни тампона, ни инструментов, ни ассистенции, или они сомнительны в смысле асептики) два вышеописанных не могут быть применены. Это — *ручное растяжение зева до 2 — 2¹/₂ пальцев с последующим введением двух пальцев в матку* (во влагалище полруки или лучше всю руку) *для захватывания и низведения ножки*. Принимая во внимание, что в нашем случае шейка еще не вполне сглажена и зев раскрыт только на 1¹/₂ пальца, очевидно, здесь будет произведена при совершении этой операции порядочная травма, которая предрасполагает к инфекции, кроме того, шансы на осложнение, невыгодные для плода, увеличиваются и самое главное — низведение ножки двумя пальцами не всегда удастся. Роды протекают в таких случаях быстрее нормального и, следовательно, шансы на разрыв шейки повышаются. Но зато дело является почти совершенно законченным и больная может быть оставлена даже на попечение акушерки (до момента рождения плода — так как при рождении плода в ягодичном положении всегда желательна присутствие врача). Ускорение родов для земского врача представляется иногда необходимым. Нужно помнить, однако, что шансы на получение живого плода и нормального послеродового периода понижены, и поэтому такой образ действий должно рассматривать как вынужденный.

Задача 3.

Многорождающая; 6-я беременность. Все предшествующие роды были трудные. Двое детей умерли во время родов, трое родились живыми, но один из них умер сейчас по рождении.

Таз несколько сужен во всех размерах, а именно: dist. trochant. — 28, dist. crist. — 26, dist. spin. — 23, conj. ext. — 17¹/₂, conjug. diag. — 11. Сердцебиение плода ясно выслушивается справа от пупка, 130 ударов в минуту. Схватки слабые, повторяются приблизительно через каждые 6 минут и длятся ³/₄ минуты. Роды продолжаются уже 12 часов.

При внутреннем исследовании получаются следующие данные: зев раскрыт на 3¹/₂ пальца, воды стоят, пузырь плотный, второе ягодичное положение (спинка вправо), *distantia trochanterica* в правом косом размере, *ягодицы* стоят над входом. Что делать?

Ответ. В этом случае роды осложнены общесуженным тазом и слабостью родовой деятельности. Кроме того, анамнез крайне неблагоприятен. Нужно подчеркнуть родственникам роженицы, что условия для получения живого ребенка здесь неблагоприятны (около 25 — 30% смертности). В данный момент нет достаточных показаний для энергичного вмешательства. Единственно, что обращает на себя внимание, — это *слабость маточных сокращений*. Поэтому прежде всего *стараясь усилить их* такими средствами, которые не

могли бы оказать вредного влияния ни на мать, ни на ребенка. С этой целью назначаем *chinin. purgatic.* в дозе 0,5 — 0,6 на прием, подкрепляем силы *большой легкими пищевыми средствами*, давая ей в частности сахар, небольшое количество вина; производим легкий массаж матки. Кроме того, рекомендуем роженице по желанию походить. Когда зев откроется пальца на $4\frac{1}{2}$ или сделается совершенным, следует разорвать пузырь и низвести ножку. Только в том случае, если бы все эти меры не помогли, и схватки оставались бы вялыми и безрезультатными в продолжение 5 — 6 часов, можно было бы решиться при зеве на $3\frac{1}{2}$ пальца на *разрыв пузыря и низведение ножки*.

Такого рода вмешательство мотивируется здесь, во-1-х, слабостью маточных сокращений, во 2-х, некоторым сужением таза и, в 3-х, трудностью предшествовавших родов. Низведением ножки ограничивается в данном случае активное вмешательство акушера, если это позволяет состояние плода и матери.

Большую частью изгнание плода силами природы наступает очень скоро, при чем нередко туловище проходит довольно быстро, между тем как плечевой пояс с ручками и головка задерживаются. Поэтому, приступая к низведению ножки, необходимо приготовить все для операции извлечения, равно как и для оживления асфиктического ребенка, так как асфиксия — явление очень частое при подобных условиях.

В начале прорезывания ягодиц следует впрыснуть под кожу шприц *pituitrin'a*.

Кроме того, имея основание ожидать здесь трудного извлечения (общеравномерно суженный таз, тяжелые предшествующие роды), следует обставить себя наиболее выгодно для этой операции, то-есть положить в периоде прорезывания больную на достаточно высокий стол, научить ее хорошо работать брюшным прессом по требованию врача, научить акушерку производить выжимание плода по *Kristeller'y* и особенно головки со стороны брюшных стенок. Способ извлечения головки по *ш-ме Lachapelle* будет здесь наиболее выгодным в виду того, что имеем дело с общесуженным тазом.

Задача 4.

В больницу прибыла роженица, у которой схватки, бывшие раньше долгое время очень сильными, внезапно прекратились около часа тому назад. Вскоре после этого появился сильный упадок сердечной деятельности и прочие явления коллапса. Несмотря на небольшое кровотечение из половых частей, анемия резко выражена. Пульс около 130 ударов, температура 36,6. Живот значительно вздут, болезнен при дотрогивании не только в области матки, но и в области кишечника. Контуры матки вследствие вздутия и болезненности живота определяются плохо. Настоящие роды — 4-е; предшествующие были трудные и дети рождались крупные.

Настоящие роды тянутся 35 часов; воды прошли 10 часов тому назад. Сердцебиение плода не выслушивается. Мать не слышит движений ребенка со

времени прекращения схваток. Размеры таза: *dist. troch.* — 30, *dist. crist.* — 28, *dist. spin.* — 27, *conj. ext.* — 17, *conj. diagon.* — $10\frac{1}{2}$. При внутреннем исследовании определяется следующее: зев спался до $2\frac{1}{2}$ пальцев, но легко растягивается до 4-х пальцев, второе ягодичное положение; ягодицы над входом, очень подвижны.

Ответ. Диагноз в данном случае можно поставить лишь с большей или меньшей вероятностью. Описанная картина имеет наибольшее сходство с *разрывом матки* благодаря следующим данным: коллапс роженицы, внезапное прекращение схваток, за которым последовало прекращение движений плода, значительная подвижность предлежащей части после долгой и энергичной родовой деятельности и, наконец, явления наружного и внутреннего кровотечения (последнее распознается на основании резко выраженной анемии при ничтожном наружном кровотечении). Важным признаком разрыва матки является обыкновенно ясное определение частей плода непосредственно под брюшной стенкой, чего в исключительных случаях не бывает, как и в случаях с нахождением плода в полости матки.

Можно было бы предположить также преждевременное отделение последа, которое дает несколько сходную картину, но против последнего говорят сразу прекратившиеся схватки, боли в области кишечника (между тем как при преждевременном отделении последа болезненность сосредоточивается, главным образом, в области матки), значительная подвижность плода, спадение зева. Кроме того, при преждевременном отделении последа контуры матки определяются хорошо, сама же матка представляется плотной и увеличенной. В случае сомнения можно прибегнуть после родоразрешения к внутриматочному исследованию. Во всяком случае, будет ли это разрыв матки или преждевременное отделение последа, требуется при данных условиях прежде всего немедленно приступить к родоразрешению. Для этого низводим ножку и извлекаем плод. Если бы низведение ножки оказалось затруднительным, а наложение крючка на пах — легким, можно было бы в виду смерти плода применить последний. Так как в данном случае желательное быстрое родоразрешение и по возможности бережное для матери, то, имея в виду смерть плода, мы не стесняемся применением эмбриотомии или перфорации, если имеются препятствия со стороны таза или ребенка, при величине последнего, несоответственной размерам таза. Вслед за извлечением плода немедленно удаляем послед по способу *Стедэ*, осторожно потягивая в то же время за пуповину, а при неудаче — внутренним способом. По удалении последа вводим в полость матки полную руку с целью убедиться в существовании разрыва. Затем немедленно тампонируем марлей место разрыва, самую матку и влагалище в случае, если кровоотделение ничтожно и разрыв невелик (плод в данном случае находился в матке), в особенности если брюшина еще не повреждена. По окончании тампонации больную укладываем в постель, впрыскиваем *pituitrin*, *ergotin* или *gynepgen*, накладываем жгут на верхний край матки и довольно туго забинтовываем живот. Лед на матку. При разрыве на передней стенке рекомен-

дуется слегка согнутое положение, а на задней — слегка разогнутое (подушка под грудную часть в одном случае и под поясницу в другом).

Если бы после тампонации состояние больной ухудшалось при продолжающемся кровотечении, в таком случае необходимо приступить к зашиванию разрыва матки тем или другим приемом, то-есть путем *coeliotomi*'и или *per vaginam*, смотря по тому, какой из них наиболее удобоприменим у нашей больной. Придя к заключению, что зашивание разрыва для данного случая нерационально (очень большая травма матки, разрыв крупных сосудов, опухоли матки, резкое патологическое ее состояние и пр.), мы производим надвлагалищную ампутацию или полное удаление ее.

Если бы при первом осмотре плод оказался в брюшной полости, то необходимо немедленно же произвести чревосечение.

Многие акушеры в настоящее время приступают к чревосечению, лишь только диагностируется сквозной разрыв матки.

Вполне присоединяюсь к этому при нахождении плода в брюшной части, как уже сказано выше. Напротив, нахожу нерациональным делать чревосечение при плоде, находящемся еще в матке, по следующим соображениям. Во-первых, диагноз разрыва матки при нахождении в ней плода может быть установлен абсолютно точно в совершенно исключительных случаях, еще труднее установить при этом разрыв брюшины. Во-вторых, при нахождении плода в матке разрыв может быть настолько незначительным, что потребовалось бы усилие для извлечения плода и, следовательно, ушиб краев разрыва, или даже дальнейший разрыв тканей, или увеличение разрыва разрезом. Конечно, я исключаю те случаи, когда показанием к чревосечению будут при вероятности разрыва другие осложнения, как, например, абсолютно узкий таз, присутствие опухоли в животе и т. д. Таким образом, в значительном числе случаев при нахождении плода в полости матки и при наличии признаков разрыва ее, нужно родоразрешить больную чаще всего перфорацией подлежащей головки (ребенок, как правило, будет уже мертвым), реже щипцами (если есть надежда на спасение ребенка, например, разрыв только что совершился, нет значительных препятствий для извлечения плода) или извлечением за ножку при ягодичном предлежании.

Что касается последующего (после родоразрешения) лечения разрывов матки, то на основании данных последних лет полагаю, что оперативное пособие займет здесь первое место, а именно в форме зашивания разрыва или в форме удаления матки чревосечением, или, в очень редких случаях, влагалищным путем с применением освещения по проф. Отту.

Но, принимая во внимание обычную обстановку большинства врачей, с другой стороны, лично наблюдая несколько благоприятных исходов при лечении разрывов тампонацией, — можно считать дозволенным подобный образ действий там, где производство лапаротомии встречает очень невыгодные условия, тем более, что обширные статистические данные, собранные Мерз'ом в Германии, Seipia de s'ом в Будапеште и мною в России, дают пока' приблизи-

тельно одинаковую смертность при лечении матки тампонацией или чревосечением с зашиванием разрыва.

Прибавлю, что перевозка больных с разрывом матки, с плодом в брюшной полости, если кровотечение уже остановилось и больная оправилась от коллапса, на протяжении 5 — 6 верст переносилась больными, которых я наблюдал, вполне хорошо.

Задача 5.

В больницу привезли больную с *эклампсией*; роды, по словам родных, начались у нее 6 часов тому назад. Дома у нее было *два припадка средней силы*. Первый припадок был четыре часа тому назад, второй — час тому назад. В настоящее время она в полубессознательном состоянии. *Пульс удовлетворительный*, около 90 ударов в минуту, дыхание — 16, t° 37,9. Первые роды. *Ребенок не доношен на две недели*, небольших размеров, *живой*, сердцебиение его (около 130 ударов в минуту) хорошо выслушивается на уровне пупка. Размеры таза: *dist. troch.* — 29, *dist. crist.* — 26, *dist. spin.* — 24, *conj. ext.* — 18. При внутреннем исследовании констатируем: *зев открыт на два пальца; ягодицы над входом; distantia trochanterica* в левом косом размере входа в таз; *спинка влево; пузырь цел*. Что делать?

Ответ. Установим прежде всего патологические явления данного случая и их значение.

Главнейшим осложнением в данном случае является *эклампсия*. Судя по имеющимся уже у нас данным, ее нужно отнести к случаям средней тяжести, так как она явилась в начале родов (чем скорее возможно родоразрешение, тем *ceteris paribus* благоприятнее предсказание), при чем припадки следуют один за другим уже в начале болезни через 3 часа.

Общее состояние больной можно признать благоприятным, так как после двух припадков пульс и дыхание почти нормальны, угнетение сознания относительно не глубоко. Небольшое повышение t° , если оно зависит лишь от *эклампсии*, по моим наблюдениям, особого значения не имеет. Благоприятным представляется здесь и то, что больная получает надлежащую врачебную помощь уже в самом начале заболевания *эклампсией*.

Кроме *эклампсии* здесь имеем еще ряд осложнений, частью благоприятных, частью неблагоприятных для вышеупомянутой болезни. Так, таз здесь слегка общесужен, ягодицы стоят выше нормы, ребенок недоношенный и небольших размеров. Первое (*узкий таз*) неблагоприятно для *эклампсии*, так как обычно ведет к более продолжительным родам. Второе (стояние ягодиц над входом), будучи вообще ненормальным, в данном случае даже выгодно, давая возможность низвести ножку и тем ускорить роды. Третье обстоятельство (недоношенный, малых размеров плод) — для данного случая представляется также выгодным, так как оно благоприятствует более скорому окончанию родов.

Итак, роды протекают здесь при таких явлениях, что только *эклампсия* представляет показание для вмешательства. Мы не знаем причин, вызывающих *эклампсию*, и поэтому рационального лечения ее в настоящее время быть не

может. Обширный же опыт показал, во-первых, что эклампсия в своих главных проявлениях — судорожных движениях — при надлежащем уходе болезнь чрезвычайно краткосрочная — в 83% случаев она продолжается менее суток и лишь исключительно редко более двух суток, во-вторых, что лекарственно-диетическое лечение дает превосходные результаты и, в-третьих, что родо-разрешение способствует прекращению припадков.

В течение этих суток больная должна находиться в *наркозе морфинно-хлоральном* (+ хлороформ), доведенном до такой силы, что припадки совершенно прекращаются или появляются крайне редко (особенно в периоде изгнания), но в слабой форме. В начале лечения в тяжелых случаях, когда припадки следуют очень часто один за другим, впрыснув под кожу 0,015 morph. pur., а у крепких женщин даже 0,02, полезно усыпить больную хлороформом на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа, дабы дать время проявиться усыпляющему действию *морфия* и *главным образом хлорал-гидрата*. Должно хорошо помнить, что при применении морфия и хлорал-гидрата минимальное количество хлороформа достаточно для усыпления больной. Показателем достаточности наркоза будет *спокойный сон больной*, которая родовыми болями беспокоивается и не вполне пробуждается. *Вся обстановка больной, все наши действия* должны иметь в виду достижение и сохранение этого *благодетельного сна*, подобно тому как мать бережет сон ребенка после тяжелой болезни со многими бессонными ночами.

Итак, суть лечения эклампсии в случаях неосложненных состоит в следующем: нужно 1) прекратить или существенно уменьшить припадки хлорально-морфинным наркозом, иногда с временным хлороформированием, и довести больную до спокойного сна, 2) способствовать скорейшему родоразрешению при условии наименьшей опасности для матери и ребенка, 3) *окружить больную тщательной заботой о поддержании сна, об устранении или о возможном уменьшении всяких раздражений*, 4) наблюдать, чтобы больная не причинила себе вреда во время припадка, и 5) поддерживать правильную работу сердца, легких и почек, в особенности систематическим введением в организм жидкости и доставкой кислорода.

Только в исключительных случаях, где вышеуказанное лечение не достигает цели (т.-е., несмотря на введение достаточного количества наркотических, наблюдаются 2 — 3 припадка), показуется кровопускание в количестве 400,0 — 500,0 и только в тех случаях, где и это средство не устраняет припадков, показуется в данном случае низведение ножки после разрыва пузыря (прохождение вод также способствует прекращению припадков).

Теперь, когда лечение экламптических припадков удается нам так успешно, нечего спешить с родоразрешением *при данном удовлетворительном положении матери*, и все внимание мы обращаем исключительно на лечение эклампсии смешанным введением морфия и chloral-hydrat'a в умеренных дозах по методу, описанному мною,¹ вполне присоединяясь к мнению многих авторов, что родо-

¹ См. «Терапевтический Вестник», №№ 12 и 13, 1899 г.; «Врач», № 38, 1900 г. О лечении эклампсии; «Новое в медицине», 1908 г., № 2 и 3; «Журн. Акуш. и женск. бол.», 1909 г. и «Усовершенствованный профилактический метод лечения эклампсии» (отд. брошюра).

разрешение представляет собою могучий фактор при лечении эклампсии: в 50 — 60% случаев эклампсия *sub partu* прекращается после родоразрешения или немедленно или после 1 — 2 припадков. Вот почему, где родоразрешение не представляет опасности для матери или для ребенка, мы немедленно оканчиваем роды. При данных же условиях родоразрешение безусловно опасно для той и другой стороны.

Как правило мы можем устранить эклампсию более бережным путем, и поэтому мы отказываемся от форсированного родоразрешения. Итак, сейчас же впрыскиваем больной морфий 0,015 — 0,02, через час (даже если бы не было экламптического припадка) вводим *per rectum*, а при сознании *per os* 2,0 — 2,5 хлорал-гидрата с молоком и физиологическим раствором *ana* 100,0 (*per os* только с молоком). Если бы морфий не оказал действия, то должно ввести хлорал-гидрат в *rectum* (2,0—2,5) через $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа. Далее лечение ведется следующим образом: через два часа после введения *chloral-hydrat'a* снова впрыскиваем 0,015 *morph. tuiat.*, после промежутка в четыре часа снова *chloral-hydrat* в той же дозе. Далее мы увеличиваем промежуток между приемами лекарств, но лечение не прекращаем, то-есть через шесть часов опять вводим *chloral-hydrat*; в дальнейшем *chloral-hydrat* мы даем уже через 8 часов, а также и в продолжение следующих суток по 1,0 — 1,5.

В случае продолжения припадков лечение ведется, как и в первый день, по большей же части бывает достаточно 3 — 4 граммов хлор.-гидр. на весь второй день (по 1,0 — 1,5 на прием). Итак, для случая эклампсии средней силы схема этого лечения будет следующая:

Начало лечения	0,015 (0,01—0,02) <i>morph. mur.</i>
Через 1 час	2,0 (1,5—2,5) <i>chlor.-hydr.</i>
» 3 »	0,015 (0,01—0,02) <i>morph. mur.</i>
» 7 »	2,0 (1,5—2,5) <i>chlor.-hydr.</i>
» 13 »	1,5—2,0 » »
» 21 »	1,5—2,0 » »
» 30 »	1,0—1,5 » »
» 40 »	1,0—1,5 » »

Если припадки не прекращаются, то в эту схему вводится одно лишнее впрыскивание морфия или один прием *chloral-hydrat'a* в высших указанных дозах, а также кратковременное хлороформирование. Таким образом больная за сутки получает приблизительно 0,03 — 0,04 морфия и 6,0 — 8,0 — 10,0 *chloral-hydrat'a*. При таком профилактическом лечении морфием и *chloral-hydrat'ом*, стремящемся предупредить появление припадков, эклампсия в большинстве случаев прекращается окончательно. Ведя такое лечение, мы *выжидаем почти полного раскрытия зева и только тогда* извлекаем плод. После родоразрешения лечение морфием и хлорал-гидратом проводится в меньших дозах. Считаем нужным сделать следующие замечания относительно ведения родов при эклампсии:

1) Все внутренние исследования таких больных, по возможности редкие, впрыскивания морфия и первые 2 клизмы, катетеризация мочевого пузыря,

а тем более серьезные оперативные пособия, — должны производиться под хлороформным наркозом, так как все эти манипуляции обуславливают учащение припадков. Хлороформ представляет средство, наиболее быстро и верно устраняющее грозящий (но не наступивший) припадок.

2) *Чрезвычайно важно устранение всяких внешних раздражений*: механических, световых, звуковых, психических и других. Таким больным очень хорошо делать клизмы из молока и физиологического раствора поваренной соли (200,0 — 300,0 раза 3 — 4 в сутки по большей части с хлорал-гидратом, если больные переносят такие количества); при сознании хорошо давать теплое молоко и жидкий чай.

3) Очень полезным пособием в лечении эклампсии является разрыв пузыря. У перворождающих экламптичек мы разрываем пузырь, как правило, при зеве на 3 пальца, а у многоорождающих даже на 2 пальца (само собой понятно — при отсутствии противопоказаний).

В тяжелых случаях вся схема с максимальным количеством наркотиков применяется в продолжение 14 часов, при чем кроме того применяется в малых дозах (3,0 — 10,0, редко 20,0) хлороформ, не только при даче основных наркотических (хлорала и морфия), но и в промежутках между ними, если имеются предвестники припадка (головная боль, сильное беспокойство, рвота, судорожные подергивания отдельных мышц, высокое кровяное давление).

Таким образом в исключительно тяжелых случаях в течение 14 час. вводится 0,04 morph. pur. + 9,0 хлорал-гидрата, а в течение суток до 12,0 + 25,0 — 50,0 хлороформа, последний дается с большими перерывами и с большим количеством воздуха.

При асфиктических явлениях широко применяется *кислород*, главным образом после припадков.

Теплое содержание больной, но без тяжелых покрывал, грелки на область почек и к ногам — обычное дополнение лечения.

Задача 6.

А. Поступившая роженица *перворождающая*. Из половых путей замечается *кровотечение умеренной степени*, которое началось еще до поступления в больницу. Таз нормальный; состояние матери удовлетворительно; *ребенок жив* — сердцебиение его ясно прослушивается слева от пупка. При внутреннем исследовании находим: *зев раскрыт на три пальца; пузырь цел; предлежат ягодичы*, находящиеся в верхней части *полости таза*; *distantia trochanterica* плода лежит ниже безымянной линии в левом косом размере. Спинка обращена вперед и влево. Исследующий палец в области зева ничего особенного не прощупывает. Какой диагноз и какое пособие нужно оказать в данном случае?

Отвѣт. Единственным осложнением родов в данном случае является *кровотечение* в первом периоде. Точный диагноз причины его здесь поставить не всегда возможно, так как мы не прощупываем ничего, что могло бы обусловить

кровотечение. Вероятнее всего, однако, здесь имеется низкое прикрепление плаценты с преждевременным частичным ее отделением. Резкое развитие *decidua vera* в доступной исследующему пальцу области будет говорить за близость последа, ибо возле последнего она, а равно и *decidua reflexa*, развивается особенно пышно.

Подобное кровотечение может быть и вследствие отделения нормально сидящего последа. При последнем преобладает внутреннее кровотечение с соответственными признаками: увеличением и большим напряжением матки, со смертью плода. Чтобы сделаться наружным, кровотечение при последнем должно быть значительным и следовательно общее состояние больной изменится более резко (частый слабый пульс, бледность покровов, головокружение, обморок и пр.). Так как последних признаков в данном случае нет, первый диагноз представляется наиболее вероятным. Более точный диагноз устанавливается по рождении последа по месту разрыва оболочек и по вдавлениям на последе и по черным сгусткам крови, выделяющимся вместе с ним.

Самое целесообразное в данном случае — *разорвать пузырь*, так как после разрыва его уходящий вверх нижний сегмент матки увлечет плаценту, которая не будет более удерживаться оболочками, влекущими ее вниз. (Смотр. задачу 2.) Ножку же мы не низводим, так как ягодицы находятся уже большим сегментом в полости, и ножку будет очень трудно достать; даже если бы мы ее достали, у нас было бы не мало шансов при низведении сломать ножку. Только в том случае, если бы ягодицы могли быть выведены выше входа в таз (само собой понятно, без применения грубой силы и лучше всего под хлороформом), низведение ножки сделалось бы возможным и представилось бы наилучшим пособием и в данном случае. После разрыва пузыря можно надеяться, что кровотечение остановится и роды окончатся сами в ягодичном положении.

В. Предположим, что *кровотечение* после разрыва пузыря будет *продолжаться* в умеренной степени. Как поступить тогда?

Ответ. Мы постараемся тогда *усилить маточные сокращения* различными средствами, указанными в задаче 3, а по достижении совершенного раскрытия зева *ускорим родоразрешение по способу Кристеллера*, рассчитывая на закрытие просвета кровоточащих сосудов сокращающимися мышцами матки и на прижатие ягодиц плода к нижнему сегменту ее, играющих в данном случае роль тампона.

С. Кровотечение все-таки *не прекращается* и состояние матери или плода *внушает опасения*. Что делать тогда?

Ответ. Предварительно расширив зев растягиванием пальцами или даже надрезами до 4 — 4¹/₂ пальцев, мы *производим извлечение пальцем за пах*, в то время как помощник применяет способ Кристеллера. Нужно помнить, что последний способ не безразличен для плода, а посему при его применении необходимо тщательное выслушивание сердцебиения плода.

Задача 7.

Многoroждающая, 46 лет, одиннадцатые роды, 3 последних родов были трудными и продолжительными. Размеры таза: dist. troch. — 31, dist. crist. — 28, dist. spin. — 26, conjug. ext. — $18\frac{1}{2}$, conjug. diagon. — 11. Роды тянутся 10 часов, живот большой — 104 см в окружности. При внутреннем исследовании находим: открытие зева на три пальца; зев мягкий, податливый; воды стоят; предлежит левый бок; головка вправо, ягодицы влево, спинка вперед. Констатируется также большое количество околоплодной жидкости — polyamnion (не hydramnion).¹ Состояние матери удовлетворительно, сердцебиение плода выслушивается хорошо. Что делать?

Ответ. А. В данном случае имеем целый ряд осложнений родового акта. Мы имеем дело с роженицей уже очень пожилой, истощенной многочисленными предшествующими родами, которые делались в последнее время труднее и продолжительнее. Очевидно, мышцы матки представляются уже ослабленными. Кроме того, таз представляется слегка плоскосуженным с незначительными признаками рахита. Большое количество вод также предрасполагает матку к плохой работе, что и выражается здесь в замедлении периода раскрытия, — правда, незначительном. Некоторая вялость матки и большое количество вод привели здесь к самому важному осложнению, а именно к поперечному положению плода. Это последнее должно быть исправлено, между тем как других вредных последствий от имеющихся осложнений, показывающих немедленное вмешательство, не имеется. Итак, нужно превратить поперечное положение плода в продольное. Для этого прибегаем к наружному повороту, как к способу несомненно более бережному для матери и для плода, чем комбинированный поворот. Имея в виду большое количество вод, можно предполагать, что наружный поворот в данном случае вполне удастся. Наружный поворот мы делаем в данном случае на ягодицы, а не на головку в силу следующих соображений: при плоском тазе у женщины, которая истощена многократными родами, можно ожидать слабости маточных сокращений, что до некоторой степени уже проявилось в том, что в течение десяти часов родовой деятельности зев раскрылся всего на три пальца. Кроме того, последние роды делались все более и более трудными. Если бы мы сделали поворот на головку, то роды могли бы затянуться на очень долгое время, и для окончания родов мы, может быть, были бы принуждены применить наложение высоких щипцов или поворот на ножку. Для устранения подобной возможности, а также, чтобы гарантировать себе скорое окончание родов, мы и делаем поворот на ягодицы, а не на головку. По совершении наружного поворота, если продольное положение остается стойким, выжидаем большего раскрытия зева и, как только зев будет достаточно (пальца на 4 — $4\frac{1}{2}$) раскрыт, разрываем пузырь и низводим ножку. При отсутствии дальнейшего рас-

¹ Под polyamnion'ом мы разумеем скопление околоплодной жидкости приблизительно до 2000,0, под hydramnion'ом — выше этой цифры.

крытия зева можем ускорить последнее средствами, усиливающими маточные сокращения. Если не производя низведение ножки, мы допустим ягодичцы вступить в полость таза, то этим создастся бы невыгодное положение, если бы, например, при фиксации ягодич в полости таза, у роженицы ослабели схватки (что мы имеем основание допустить в виду плоского таза, одиннадцатых родов и возраста роженицы).

Далее, только при появлении показаний должно окончить роды извлечением. Очень важно в данном случае выяснить себе способ прохождения головки через различные отделы таза, чтобы выбрать наиболее рациональный способ извлечения и наиболее бережно провести головку. Так как здесь имеем дело с плоским тазом, то должно помнить, что головка наиболее легко пройдет через вход таза своим лобнозатылочным размером в поперечном размере таза. Кроме того, много шансов, что слегка разогнутое положение головки только облегчит ее проскальзывание через узкий вход в таз, почему неуместно производить сгибание при проведении ее через этот отдел (пражский способ извлечения здесь наиболее уместен); последнее можно делать лишь с момента вступления ее наибольшим размером в полость таза. Равным образом, только с этого момента можно искусственно способствовать повороту личика кзади и затылка кпереди.

В. Предположим, что наружный поворот не удастся. Что делать тогда?

Ответ. Оставить больную под наблюдением врача, выжидая, пока зев раскроется пальца на 4, лучше на $4\frac{1}{2}$. Тогда должно сделать поворот на ножку комбинированным способом со введением в матку 2 пальцев или полной руки (так называемый старыми авторами — внутренний поворот). Низведя ножку, ожидаем естественного окончания родов, а при появлении показаний извлекаем.

Задача 8.

Поступившая в больницу роженица многоорождающая, имеет значительную эмфизему легких, в остальном она здорова. Лечивший ее терапевт советовал избегать всяких натуживаний. Предшествующие роды были трудные. Настоящие четвертые роды тянутся шесть часов. Размеры таза: dist. troch. — 29, dist. crist. — 27, dist. spin. — 23, conjug. ext. — 18, conjug. diagon. — 11. В области пупка выслушивается сердцебиение ребенка 140 ударов в минуту. При внутреннем исследовании находим: зев раскрыт на 3 пальца, воды стоят; предлежат ягодичцы над входом в таз; спинка вперед и влево, положение первое ягодичное. Что делать?

Ответ. В этом случае роды осложнены, во-первых, эмфиземой легких, которая под влиянием натуживаний может прогрессировать, и, во-вторых, узким тазом, благодаря которому период изгнания обыкновенно затягивается и требуется усиленная работа брюшного пресса. Поэтому мы имеем основание поступить в данном случае следующим образом: ждать почти совершен-

ного раскрытия зева и, как только зев будет таковым, разорвать пузырь, низвести ножку и вслед за низведением ее извлекать постепенно ребенка. Во время схваток советуем матери избегать натуживаний. Мы, не выжидая, извлекаем ребенка на том основании, что щадим мать, которой эмфизема не позволяет много натуживаться. Как вспомогательное средство при извлечении, следует применить способ Кристеллера — одновременно с извлечением *выжимание плода*. Если, выжидая полного раскрытия зева, мы заметили бы, что разорвался пузырь, то в таком случае немедленно следует низвести ножку. Не сделав этого, мы дали бы возможность ягодицам углубиться в полость таза, и дальнейшее родоразрешение не могло бы быть произведено своевременно и с той быстротой, которая требуется при данном состоянии роженицы. Само собой понятно, что, низведя ножку при зеве, открытом на три пальца, нет надобности производить немедленно извлечения. Для ребенка и для матери выгодно произвести его лишь при совершенно раскрытом зеве. *Только в случае появления настоятельных показаний со стороны матери или плода, делаем извлечение немедленно.*

В этом случае также важно выяснить себе способ прохождения последующей головки через различные отделы таза (ср. предыдущую задачу). Так как здесь имеется общесуженный таз, то головка легче всего пройдет через вход таза, находясь в согнутом положении, при чем лобно-затылочный размер может находиться без ущерба для извлечения в правом косом размере таза. Поэтому, если головка задерживается по рождении туловища и ручек, необходимо тотчас применить способ *m-me Lacharelle*, при чем первым актом нашего пособия будет — приведение головки в согнутое положение и лишь затем совершается извлечение рукой, лежащей вилообразно на шейке и плечиках (при 1-м положении — правой рукой), в то время как находящийся во рту указательный палец (при 1-м положении — палец левой руки) удерживает головку в согнутом положении.

Задача 9.

А. Поступившая роженица — *многорождающая*. Третьи роды. Из анамнеза узнаем, что она раньше страдала женскими болезнями. Сейчас у нее довольно частые схватки, которые появляются *неправильно*; через 2 — 4 — 5 минут; в промежутках между схватками матка бывает то расслаблена, то в состоянии большого или меньшего сокращения. Продолжительность схваток различна — от 45 до 75 сек.; равным образом и сила их разная. Роды тянутся 15 часов, и больная испытывает очень мучительные боли по временам даже в промежутках между схватками. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на $2\frac{1}{2}$ пальца; воды стоят, *предлежат ягодицы*; спинка вправо и кзади, при чем ягодицы стоят над входом. Что делать?

Ответ. Вышеприведенная картина рисует нам комплекс симптомов, характеризующих судорожные боли. Предшествующее заболевание женскими

болезнями — их этиологический момент; неправильность появления, болезненность и в особенности нерасслабляемость матки в промежутках между отдельными маточными сокращениями — их характерная особенность. Замедление родов — их обычный результат. Поэтому терапия наша должна быть обращена исключительно на устранение их. *Впрыскиваем 0,01 — 0,015 морфия под кожу, а при недостаточном действии последнего применяем легкий хлороформный наркоз; можно надеяться, что родоразрешение наступит через 6 — 9 часов.*

В. Прошло 10 часов. Мы снова видим больную. Судорожные боли под влиянием морфия и хлороформа исчезли, но вместе с тем схватки ослабели. Исследуя находим: зев открыт на 4 пальца; пузырь еще цел; ягодицы в том же положении — над входом. Что теперь предпринять?

Ответ. В виду долго тянувшихся родов, а также приняв во внимание измененное состояние роженицы и ослабшие потуги — на почве ранее бывших заболеваний матки, мы считаем показанным *разорвать пузырь и низвести ножку* для того, чтобы иметь возможность окончить роды во всякое время. Если бы в течение $1\frac{1}{2}$ — 1 часа роды не подвигались вперед, мы применили бы средства, возбуждающие маточные сокращения, а при недостаточности последних через 1 — $1\frac{1}{2}$ ч. *приступили бы к извлечению*, так как дальнейшее выжидание, давая мало надежды на естественное родоразрешение, все-таки подвергает некоторой опасности мать (септическое заражение, послеродовое атоническое кровотечение) и ребенка (асфиксия).

Задача 10.

А. Перворождающая. Имеется порок сердца, а именно: недостаточность аортальных клапанов. Больная страшно страдает (при родах). Замечаются явления нарушенной компенсации: отеки, одышка, неправильный пульс, аритмия. Таз равномерно общесуженный: dist. troch. — 29, dist. crist. — 26,0, dist. spin. — 23,0, conj. ext. — 17,0, conjug. diagon. — 10,5. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на три пальца; воды стоят; предлежат ягодицы; второе положение, distantia trochanterica над входом. Что делать?

Ответ. Главнейшим осложнением здесь является порок сердца с нарушенной компенсацией, которая под влиянием родов все прогрессирует. Кроме того, порядочное сужение таза заставляет предполагать в данном случае трудный и продолжительный период изгнания, хотя роды и протекают до сих пор с нормальной быстротой, а величина ребенка средняя (хотя о продолжительности родов и о величине ребенка в задаче ничего не сказано, но мы должны помнить, что все, о чем не говорится, предполагается нормальным). Несомненно, здесь существует серьезное показание к скорому родоразрешению, а потому, давши strophantum, мы *разрываем пузырь, низводим ножку и умеренным потягиванием за нее способствуем более или менее быстрому*

раскрытию зева, после чего производим извлечение плода. Если бы ребенок оказался мертвым, мацерированным, и рождение грудной части и плечиков было бы трудным, то для успешного освобождения их можно было бы сделать разрез родившегося живота с целью удаления внутренностей брюшной и грудной полостей, а при значительных препятствиях в освобождении головки мы считали бы показанным — перфорацию последующей головки (без хлороформа), после некоторого выжидания (20 — 30 мин.) с момента задержания головки.

Бережное и умеренно быстрое извлечение плода производится здесь по следующим основаниям. Болевые ощущения у таких больных нередко оказывают очень сильное угнетающее влияние на деятельность сердца — наблюдаются удушье, сердцебиение, обмороки. (Должно отметить, что больные с пороком клапанов аорты хуже всего чувствуют себя в течение родов, вследствие высокого давления в системе аорты, в то время как нередко больные с поражением двустворчатой заслонки особенно сильно страдают тотчас после родоразрешения вследствие переполнения кровью легочных сосудов.) Воздержание в течение некоторого времени от перфорации (если состояние матери это позволяет) мотивируется тем соображением, что очень часто последующая головка, приспособляясь к тазу, легко проходит его даже без потягивания. Таким образом и болевые ощущения, и тяжелое психическое влияние перфорации могут быть устранены иногда получасовым выжиданием.

В. Те же условия, за исключением того, что предлежит головка (а не ягодичи), стоящая подвижно над входом в таз.

Ответ. Головное предлежание делает случай еще более тяжелым для матери, как и для плода. Ответ прост, если ребенок мертв, — тогда показано двуручное растяжение зева¹ до 4 пальцев и производство перфорации предлежащей головки, после предварительной фиксации ее руками помощника сверху и снизу со стороны влагалища пулевыми щипцами, или лучше дву- или трезубцами. После этого, если бы состояние больной улучшилось (от спадения матки вследствие истечения вод и уменьшения головки), или не прогрессировало бы в смысле ухудшения, можно было бы в течение 1, даже 2 часов наблюдать за поступательным движением головки вперед, помогая, может быть, легким влечением трезубцем за кожу головки. Если бы состояние больной представляло ухудшение или роды медленно двигались вперед, показуется применение влечения краниокластом.

Для уменьшения болезненности и страданий больной я впрыснул бы ей 0,01 до 0,012 ($\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{8}$ gr.) morphii muriat. или pantopon'a под кожу и даже сделал бы попытку дать легкий хлороформный наркоз при болезненности операции.

Еще труднее решение при живом ребенке. При данных условиях показан поворот на ножку, но операция эта крайне серьезна для матери и производ-

¹ О двуручном растяжении зева — см. задачу 16.

ство ее без наркоза очень затруднительно. Так как болевые ощущения отражаются на состоянии сердечных больных крайне тяжело, иногда хуже, чем хлороформирование, то в данном случае я нахожу уместным применение пробного морфино-хлороформного наркоза, т.-е. впрыснувши предварительно 0,01 — 0,012 морфия, испытать, как переносит больная хлороформный наркоз. Если больная не переносит последнего, можно сделать поворот и без наркоза.

Вопрос о применении перфорации на живом ребенке должен также быть поставлен на обсуждение, и в некоторых случаях, принимая во внимание интересы семьи, она может быть здесь применена, если мы признаем, что только таким способом мы спасем мать.

Задача II.

Многорождающая; 6-й ребенок. Роды продолжаются 30 часов. Предшествующие роды были трудные. Наблюдаются очень сильные схватки, на 2 пальца ниже пупка по передней поверхности матки заметен перехват; круглые связки прощупываются сильно напряженными. Больная мечется и испытывает непрерывную боль внизу живота; пульс 120, t° нормальна. Сердцебиение ребенка — ясное. Размеры таза: dist. troch. — 29, dist. crist. — 26¹/₂, dist. spin. — 24¹/₂, conjug. ext. — 17¹/₂, conjug. diagon. — 9¹/₂. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на 4 пальца; воды прошли, по словам роженицы, 15 часов тому назад. Предлежат ягодицы, которые находятся уже в полости таза. Имеется первое ягодичное положение, задний вид; distantia trochanterica в правом косом. Что имеется и что делать?

Ответ. Принимая во внимание, с одной стороны, наличность резкого перехвата на два пальца ниже пупка, совместно с сильным напряжением круглых связок, постоянной болезненностью внизу живота и учащением пульса при нормальной t°, а с другой стороны, то обстоятельство, что здесь имеется узкий таз и предшествующая сильная и продолжительная родовая деятельность, мы приходим к заключению, что имеющийся перехват есть не что иное, как высоко стоящее контракционное кольцо. В виду этого, считаем состояние роженицы крайне серьезным, так как ей грозит разрыв матки, и мы должны без большого промедления окончить роды. Так как ягодицы опустились уже глубоко и находятся в полости таза, то нам остается произвести извлечение за пах пальцем — во время схваток, и в случае неудачи — крючком. Понятно, что усиленная работа брюшного пресса при извлечении пальцем представляется только полезной, так как растяжение матки при этом не происходит, почему больной предлагают сильно тужиться. Одновременное же надавливание на матку по способу Кристеллера, при высоком стоянии контракционного кольца, мы считаем противопоказанным, так как при этом происходит одностороннее повышение внутриматочного давления, которое увеличивает шансы на разрыв матки.

Задача 12.

А. Перворождающая, у которой наблюдаются частые припадки эклампсии; до сих пор было 13 припадков, при чем в течение последнего часа наблюдалось 4 припадка. Пульс частый (130), достаточно полный, t° 39; сердцебиение плода выслушивается ясно слева.

При внутреннем исследовании находим: зев открыт на 2 пальца, пузырь цел, предлежат ягодицы, первое положение передний вид, при чем ягодицы находятся над входом. Что делать?

Ответ. И здесь осложнением родов, требующим врачебного вмешательства, является эклампсия. Учащение пульса до 130 в минуту наблюдается при этом нередко, особенно непосредственно после припадков. (Должно отметить, что с прекращением припадков при указанном нами лечении нередко частота пульса уменьшается до 100 ударов и ниже). Равным образом и повышение t° до 39° наблюдается иногда при эклампсии, хотя, конечно, при этом нужно исключить другие источники повышения t° .

Прежде всего мы считаем нужным обратить нашу терапию на прекращение экламптических припадков. В виду частых припадков в данном случае выгодно начать лечение хлороформированием в течение 15 — 30 мин., пока морфий и хлорал-гидрат не окажут своего успокаивающего действия. Одновременно назначаем морфий 0,015 — 0,02, через 1 час chloral-hydrat и т. д., продолжаем энергичное лечение, как сказано в задаче 5, и применяем кровопускание в 300,0 — 500,0, а затем при продолжающихся припадках применили бы средства, способствующие скорому родоразрешению, а именно: под хлороформным наркозом пальцами растянули бы зев и, вводя (под наркозом же) полную руку во влагалище, разорвали бы пузырь и низвели бы ножку двумя пальцами. В случае неудачи этого приема, осторожным введением остальных пальцев попытались бы растянуть зев для прохождения всей руки, которой низвели бы ножку. Если бы зев оказался неподатливым и низведение ножки не удалось, то сделали бы насечки на зеве для проведения полной руки. При зеве, открытом на 3 — $3\frac{1}{2}$ пальца, приступаем к низведению ножки и медленному извлечению плода до пупка, чтобы маточный зев и влагалище по возможности растянулись и последующее прорезывание плечиков и головки не представляло бы больших затруднений. Желательно, чтобы извлечение последних продолжалось не более 10 минут.

В. Предположим, что в течение двухчасового лечения у больной было два припадков (всего значит 15 припадков), которые не ослабевают в силе. Исследуем (под хлороформом) вторично и находим: зев открыт на $3\frac{1}{2}$ пальца; ягодицы в том же положении над входом. Что теперь делать?

Ответ. Разорвать пузырь, низвести ножку (конечно, под хлороформом) и производить медленное (в течение 40 — 60 мин.) извлечение, до пупка, для того, чтобы зев и влагалище лучше растянулись и извлечение головки и плече-

вого пояса могло бы совершиться достаточно быстро. Само собой понятно, что лекарственное лечение эклампсии будет продолжено в течение родов и, смотря по обстоятельствам, в более ослабленной форме после родов.

Задача 13.

А. Роды вторым ребенком продолжаются 12 часов; воды прошли 10 час. тому назад. Из влагалища выделяются гнойные отделения с небольшим запахом. Схватки очень сильные, t° 39,5, пульс 125, таз слегка сужен. При исследовании находим: зев открыт на $4\frac{1}{2}$ пальца, предлежат ягодичи, спинка вправо и взад, ягодичи стоят плотно во входе. Что делать?

Ответ. Кроме слегка узкого таза, ягодичного предлежания и небольшого замедления родов, здесь является существенным осложнением родов септическое заболевание: высокая t° при гнойных отделениях с запахом дает основание такому диагнозу, если она не объясняется другим заболеванием. Сравнительно давнее отхождение вод также склоняет к приведенному диагнозу. Наилучшим лечением септического заражения полового канала во время родов является ускорение родоразрешения, по возможности избегая нарушения целостности половых путей. Рациональность этого подтверждается следующими соображениями: удаление плода из матки понижает резко внутриматочное давление и тем уменьшает возможность всасывания токсинов и проникновения внутрь микробов, вместе с тем оно создает свободный отток зараженных масс из полового канала; кроме того, уже плод выносит с собой часть инфицирующего начала, и еще в большей мере послед с оболочками. Далее, выделяющаяся кровь создает непрерывный ток изнутри наружу, будучи в то же время до известной степени бактерицидной средой. Все это представляет настолько существенные выгоды для благополучного течения септического процесса, что ускорение родов при нем признается всеми правилом. Отрицательной стороной скорого родоразрешения является возможность большихшибов и ранений полового канала, которые создают более благоприятные условия для внедрения микробов. Почему и приходится всегда взвешивать эти две величины и выбирать наиболее выгодную для данной больной. Чем слабее инфекция, тем дольше возможно выжидание, чем больше ранений ожидается при скором родоразрешении, тем серьезнее должно быть показание к нему и может быть поставлен вопрос, не заменить ли данный прием более бережным, но несколько более длительным пособием.

Что касается данного случая, то нужно признать, что инфекция представляется здесь сильно выраженной, между тем как немедленное родоразрешение представляет ничтожную опасность для больной. Период изгнания здесь, можно сказать, уже начался, половой канал подготовлен достаточно для прохождения плода (зев на $4\frac{1}{2}$ пальца у второрождающей). Невыгодным представляется лишь давнее отхождение вод и плотное стояние ягодич во входе, что может затруднить низведение ножки.

Поэтому в данном случае мы признаем настоятельные показания к окончанию родов и потому нужно попробовать, под хлороформным наркозом, оттолкнуть ягодицы сверху выше входа и тогда, низведя ножку, произвести извлечение. Это удастся в значительном большинстве случаев. Если бы этот прием оказался несостоятельным, то производим пальцем влечение за пах. Одновременного надавливания на матку по Кристеллеру желательно было бы избежать, в виду endometritis'a, так как при повышении давления внутри матки существующий endometritis впоследствии протекает гораздо тяжелее. Это объясняется большим проникновением микробов и их токсинов в толщу матки. Но представим себе, что ягодицы не подаются, а т⁰ остается все время та же; в таком случае, хотя мы считаем применение способа Кристеллера не вполне безопасным, мы все-таки предпочтем прибегнуть скорее к нему, чем к крючку, потому что последний представляет очень большую опасность для плода. И только в том случае, когда совместное влечение за пах и выжимание по Кристеллеру, примененные 8—12 раз, будут безуспешны, — применяем крючок.

Несколько слов по поводу введения крючка. Лучше всего вводить крючок в передний пах, следовательно, в данном случае в правый. Далее, эту операцию легче, и, само собой понятно, с меньшим страданием для матери производить под хлороформным наркозом. При втором положении, заднем виде, удобнее вводить во влагалище левую руку, с которой и вводить крючок, продвигая его выше паха, конец крючка направлен вперед и влево, далее спиральным движением проводим крючок над пахом и стараемся большим пальцем, а в случае нужды указательным и средним встретить его, пройдя между ножек ребенка. Только под руководством этих пальцев низводим крючок вниз, до соприкосновения его дуги с паховым сгибом, стараясь по возможности приблизить его к туловищу плода (надавливая на шейку бедренной кости, очень часто можно получить перелом ее). Влечение крючком производят во время схваток, и, как правило, при отсутствии противопоказаний с применением способа Кристеллера. Хлороформный наркоз при этом, как и при других извлечениях (за исключением эклампсий), должен быть прекращен или существенно ослаблен. Пример этот ясно показывает преимущества низведения ножки, к которому и нужно поэтому настойчиво стремиться.

Задача 14.

А. Роженица потеряла массу крови и крайне анемична. Роды начались 6 часов тому назад, предшествующие двое были благополучны. После последних родов большая страдала некоторое время эндометритом. Таз нормальный. Больная хорошего сложения и питания. Сердцебиение плода не выслушивается. Исследуем и находим: воды еще не прошли, зев открыт на 3 пальца, предлежит плацента на всем протяжении зева; через левый влагалищный свод прощупываются ясно ягодицы, спинка вправо и назад, ягодицы над входом. Что делать?

Ответ. В данном случае мы имеем сильно выраженное предлежание плаценты, сопровождавшееся сильнейшим кровотечением и смертью плода. Все внимание врача сосредоточено в данном случае на сохранении жизни матери. В таком случае нужно поступить следующим образом: ввести во влагалище полную правую руку (так как ножки и меньшее прикрепление последа находятся с левой стороны), отсепаровать плаценту от левой стенки матки (так как в этом отделе placenta прикрепляется на наименьшем протяжении, что определяется более ясным ощупыванием предлежащей части плода, именно с левой стороны), достигнуть оболочек, разорвать пузырь, дойти до ножки и низвести ее. Немедленное извлечение в данном случае особенно строго противопоказано, так как ребенок уже мертв, а быстрое растяжение шейки матки проходящими плечиками и головкой могло бы повести к глубоким надрывам ее с последующим кровотечением, очень часто фатальным для матери. Нередко в таких случаях наблюдаются явления острой анемии: головокружение, обмороки, замирание сердца, тошнота, рвота и проч., в таком случае следует принять меры для облегчения доставки крови мозгу: низкое положение головы, возвышенное положение ног, стакан кофе или чая внутрь (если больная может удержать), клизмы из физиологического раствора поваренной соли 300,0 — 400,0 32° Р (предполагая уменьшение t° при прохождении через трубку ирригатора) и проч.

Если по низведении ножки кровотечение сверх ожидания продолжалось бы, можно было бы применить легкое потягивание за ножку, чтобы затампонировать ягодицами нижний сегмент матки или привесить к ней небольшую тяжесть на блоке. В громадном большинстве случаев при подобных условиях кровотечение прекращается, состояние больной постепенно улучшается и роды кончаются силами природы.

При живом плоде акушер имеет перед собою задачу несравненно более сложную. Принципиально он должен стремиться спасти жизнь матери и плода. Но в подобных разбираемому случаях стремление спасти плод ведет к значительному увеличению опасности для матери. Как уже сказано выше, немедленное извлечение плода при зеве, открытом на 3 пальца, может сопровождаться разрывом шейки матки, дающем обычно сильное кровотечение, так как кровеносные сосуды в нижнем отделе матки при placenta praevia очень сильно развиты до некоторой степени в ущерб мускулатуре. С другой стороны, и плод после бывшего ранее значительного кровотечения вслед за новой потерей крови вследствие отсепаровки плаценты, отчасти вследствие травмы при низведении ножки находится в состоянии близком к смерти. Спасти его иногда можно только быстрым извлечением, которое, как известно, только с большей или меньшей вероятностью дает живых детей. Итак, задача здесь очень сложна и решение ее зависит от очень многих факторов. Должно взвесить шансы получения живого ребенка, а также шансы на устранение могущего быть разрыва шейки матки и кровотечения. Чем менее раскрыт зев матки, чем уже таз, чем слабее ребенок, чем неблагоприятнее обстановка для извлечения и для последующего зашивания разрыва шейки матки, тем

больше оснований воздержаться от извлечения и наоборот. Приходится принимать во внимание и желание матери иметь живого ребенка, даже иногда с опасностью ее собственному здоровью и даже жизни. Здесь необходима широкая индивидуализация случаев. Следует иметь в виду, однако, следующие соображения: при зеве, открытом на 4 пальца и шире, шансы на быстрое извлечение ребенка очень значительны, равным образом и шансы на значительные разрывы шейки матки не велики. Напротив, при зеве, раскрытом менее 3 пальцев, шансы и для ребенка и для матери очень неблагоприятны. Должно прибавить, что мне приходилось нередко наблюдать естественное рождение живых плодов, несмотря на то, что непосредственно после операции низведения ножки состояние их было близко к безнадежному. Уход за матерью, поднятие ее сил и кровообращения возбуждающими и особенно влиянием физиологического раствора поваренной соли имеют здесь не мало значения.

В. Те же условия, но предлежит головка над входом, подвижная.

Ответ. Посobie будет отличаться от вышеописанного только тем, что первым приемом будет совершение поворота на ножку. Лучше вводить для этого в матку в данном случае правую руку.

Задача 15.

Многoroждающая (4-е роды), у которой во время исследования *разорвался пузырь*, в то же время *выпала пуповина*. Роды начались 3 часа тому назад. Зев открыт на два пальца; *ягодицы над входом*, задний вид второго ягодичного положения. Ребенок жив, но сердцебиение его по временам доходит до 100 ударов вне схватки, будучи в то же время аритмичным. Что делать?

Ответ. Кроме выпадения пуповины и преждевременного разрыва пузыря в данном случае имеются явления угрожающей асфиксии плода. Прежде всего приходится отметить, что данный случай принадлежит к числу тяжелых, но, к счастью, редких. Обыкновенно при столь малом открытии ягодицы не сжимают значительно пуповину, и ребенок не особенно страдает; только в конце периода раскрытия, когда схватки делаются более сильными, или в периоде изгнания асфиксия плода проявляется более резко. Должно также прибавить, что и вправление пуповины представляется здесь нередко мало продуктивным, так как она обыкновенно тотчас выпадает. Немедленное извлечение представляется также крайней мерой, так как только при очень податливом зеве, открытом всего на 2 пальца, можно быстро извлечь ребенка. Само собою понятно, что при этом наблюдаются нередко глубокие разрывы шейки.

Итак, если выпадение пуповины незначительно, есть надежда на благополучный исход при вправлении пуповины пальцами, после чего помещают больную в положение на боку, противоположном выпадению пуповины, или à la vache (коленно-локтевое).

Меньше шансов на благополучный исход при значительном выпадении пуповины; и здесь попытка вправления может быть сделана в особенности в положении à la vache. Должно отметить, однако, что наши манипуляции нередко травмируют пуповину, и плод при этом погибает, следовательно наши пособия должны быть очень бережны.

Более высокое запрование пуповины может быть сделано при помощи репозиторийев, из коих самый удобный — простой гибкий английский или французский катетер с мандринном (провоолокой), к которому приспособляется петля из марли или из тесьмы, служащей для перевязки пуповины. Он применяется следующим образом: отрезается кусок тесьмы в 4 — 5 вершков, концы его завязываются узлом, образуя кольцо. Одна сторона этого кольца вводится в отверстие катетера и через него проводится мандрин, остальная часть петли обхватывает пуповину во влагалище и конец петли надевается на верхушку катетера. Таким образом пуповина тесно связана с катетером, который и проводится высоко в матку. Как только мандрин извлекается, петля тесьмы выпадает из отверстия катетера и пуповина делается свободной. (Петля выходит вместе с последом.) Вслед за извлечением мандрина извлекается и катетер. Конечно, нужно, чтобы петля свободно проходила через отверстие катетера и легко выпадала оттуда после извлечения мандрина. Само собой понятно, что все указанные предметы должны быть тщательно стерилизованы.

К сожалению, и при этом способе пуповина иногда настолько травмируется, что плод погибает.

При ягодичном и в особенности при ножном предлежании выпавшая пуповина нередко травмируется так мало, что состояние ребенка остается довольно удовлетворительным и в таких случаях, если пальцевое вправление оказалось несостоятельным, можно ограничиться наиболее выгодным для данного случая положением больной à la vache или на боку, ожидая достаточного раскрытия зева, когда можно будет войти рукой в матку и низвести ножку, а может быть и сделать извлечение. Это будет, следовательно, при открытии пальца на 3 и более. Решивши делать извлечение при недостаточном открытом зеве, рекомендуется сделать на нем насечки. При угрожающей асфиксии плода больше шансов на его спасение даст влагалищное кесарское сечение с немедленным низведением ножки и извлечением, но и при этом можно ожидать значительную смертность детей, приблизительно в 10 — 20%.

Поэтому в тех случаях, когда мать настойчиво выражает желание иметь живого ребенка, соглашаясь ради этого на кесарское сечение, при выпадениях пуповины с малым открытием зева, последняя операция может быть рекомендована при надлежащей больничной или клинической обстановке.

Конечно, при этом необходима самая тщательная оценка состояния плода в отношении его жизнеспособности.

Те же условия, но предлежит головка.

Ответ. Шансы на задержание пуповины за головкой несколько больше; кроме того, головка значительно сильнее прижимает пуповину и, следовательно,

ребенок подвергается при этом большей опасности, чем при предлежании ягодиц. Первым пособием будет: вправление пуповины за головку, особенно в положении à la vache, сохраняя это положение некоторое время и следя за сердцебиением ребенка. Если бы сердцебиение было плохо или выпадение пуповины появилось вновь, можно сделать попытку поворота на ножку по Бракстон-Гиксу, с дальнейшим ведением случая, как при ножных предлежаниях.

Предсказание для плода при последнем очень неблагоприятно. Поэтому в тех случаях, где мать настойчиво желает получить живого ребенка и согласна на кесарское сечение, эта операция может быть ей рекомендована. В двух случаях она была применена у нас с полным успехом. В настоящее время я произвожу кесарское сечение в нижнем сегменте матки. Разрез между лоном и пупком около 16 см длины и подобный же разрез по средней линии матки.

Задача 16.

А. Первороженица, у которой воды прошли в начале родов — 10 часов тому назад. Большую исследовала подозрительная в смысле асептики акушерка. Схватки различной силы и продолжительности, от $\frac{3}{4}$ минуты до $1\frac{1}{2}$ мин., промежутки между схватками также различны: от двух до пяти минут; вне схваток матка не всегда представляет одинаковую плотность: она — то тверже, то мягче, т° 38,1; отделения из половых путей буроватые, без запаха, влагалище чувствительно, горячо на ощупь; пульс 90 ударов: сердцебиение плода ясно выслушивается справа. Таз слегка сужен во всех размерах. Мать измучена родами. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на $2\frac{1}{2}$ пальца, предлежит головка, прощупывается большой родничок слева и сзади; малый родничок справа и спереди; стреловидный шов в левом косом размере: головка находится в полости таза, сильно согнута. Что делать?

Ответ. Можно отметить здесь целый ряд осложнений родов: 1) прохождение вод в начале родов, что особенно тяжело у первородящих; 2) судорожные боли; 3) небольшое сужение таза, правда, мало задержавшее прохождение головки — лишь сильное сгибание ее указывает на значительное сопротивление; 4) незначительное замедление 1-го периода и, наконец, самое важное 5) явления заражения полового канала. В данном случае имеется показание к скорому окончанию родов, так как повышенная температура, чувствительность влагалища, буроватые отделения говорят за заболевание полового канала септическим процессом. Предшествующее недостаточно асептическое ведение родов только объясняет и подтверждает это. И если бы здесь имелись на-лицо классические условия для наложения щипцов, мы не задумались бы применить их.

Но в данном случае зев раскрыт всего на $2\frac{1}{2}$ пальца у первородящей, имеющей, кроме того, судорожные боли. Можно ли считать вышеприведенное показание достаточным и при этих условиях? Должно ответить на это отрицательно. Слишком большая поспешность в родоразрешении почти всегда сопровождается ушибами и более или менее значительными ранениями, пред-

располагающими к быстрому распространению септических процессов. Вот почему, устанавливая здесь сомнительный прогноз, направляем пока лечение к устранению судорожных болей и к раскрытию зева; с этой целью впрыскиваем под кожу от 0,01 до 0,015 morphii muriatici и назначаем теплые 31 — 32° Р спринцевания несильной струей (часа через 3) люголевским раствором. Кроме того, делаем роженице теплую ванну 28 — 29° Р 20 — 30 минут. Если после этих мер судорожность болей не вполне исчезла, применяем легкий хлороформный наркоз в течение 30 — 50 минут. Конечно, как всегда при судорожных болях, следует дать покой матке возможным устранением наружных исследований и держанием живота в тепле.

В. Прошло 4 часа; из половых путей показывается гнойное отделение; температура 38,7, пульс 115; открытие зева едва подвинулось вперед (2³/₄ пальца); схватки сделались правильными. Что делать?

Ответ. В виду несомненно прогрессирующих явлений эндометрита мы должны стремиться к более быстрому окончанию родов. Введение кольпейринтера в нижний сегмент матки с этой целью представляется в данном случае невозможным, так как головка, стоящая в полости таза, так тесно прилегает к краям зева, что введение вышеуказанного аппарата, как правило, здесь невозможно. Поэтому даем 0,5 — 0,6 хинина и применяем горячие души t° 36° — 27° (люголевским раствором) и *двуручное растяжение зева пальцами*. В два — три приема ручного расширения с промежутком по часу зев может быть растянут до 4 — 4¹/₂ пальцев. Достигнув такого расширения зева, накладываем щипцы. Накладываем щипцы в правом косом, потому что стреловидный шов находится в левом косом.

В виду новизны предмета считаю долгом сказать несколько слов о двуручном растяжении зева. Я произвожу его следующим образом: ввожу во влагалище два пальца левой руки, проводя их в маточный зев, затем ввожу таким же образом два пальца правой руки, проводя их над первой рукой с тыльными поверхностями соприкасающимися. Таким образом пальцы правой руки своей ладонной поверхностью будут обращены в правую сторону и, следовательно, оттягивать зев в правую сторону, в то время как пальцы левой руки обращены ладонной поверхностью к левому краю зева. Растяжение такого рода может быть произведено почти у всякой женщины, даже при высоком стоянии зева, а тем более при низкостоящем зеве, как в нашем случае. Наибольший эффект получается при растяжении во время схваток, которые к тому же вызываются и усиливаются этим приемом, но при этом иногда наблюдаются разрывы, почему не нужно форсировать этим приемом.

Разрывы шейки матки наблюдаются при этом нередко, но главным образом при следующем извлечении плода, так как при механическом растягивании шейки матки не сглаживается, подобно тому как это наблюдается и при насильственном расширении кольпейринтером.

Во избежание разрывов и чтобы получить наибольшее сглаживание, истончение нижнего отдела матки, я советую растяжение делать постепенно

в несколько приемов, приблизительно каждый раз на $\frac{3}{4}$ — 1 палец, рассчитывая, что в промежутках родовые боли, усиленные этим приемом, произведут истончение нижнего сегмента и дальнейшее растяжение будет сопровождаться меньшими разрывами и будет более продуктивно. Растяжение производится как в поперечном, так и в прямом размере таза. Количество силы не должно быть значительно. Прием каждый раз применяется в течение 3 — 5 схваток, следовательно, каждый раз растяжение будет очень незначительным и нарушение целостности полового канала наименьшим. Отмечу следующую особенность приема: в момент растяжения зева пальцы получают впечатление меньшего раскрытия зева, чем это оказывается затем при обыкновенном исследовании. Прием этот производится в перчатках или смазавши свои пальцы после обычной дезинфекции *tinet. jodi*.

Задача 17.

А. Перворождающая, у которой имеется незначительное кровотечение из половых путей; роды продолжаются 8 часов. Сердцебиение плода выслушивается справа. Таз нормальный. При исследовании находим: зев открыт на два пальца; пузырь цел; в зеве (с правой стороны) прощупывается небольшой край *placentae* (*placenta praevia marginalis*). Предлежит головка, малый родничок справа; большой родничок слева; стреловидный шов в поперечном размере, слегка приближаясь к левому косому; головка средней величины, но с плотными костями, крепко прижата ко входу в таз, находясь однако наибольшим размером выше безьянной линии. Что делать?

Ответ. Главным патологическим явлением здесь представляется предлежание плаценты, которое обуславливает имеющееся кровотечение. Невыгодную сторону можно видеть в том, что указанное осложнение имеется у перворождающей (что встречается редко), так как роды будут продолжаться еще долгое время и так как поворот на ножку — наилучший и самый частый прием для лечения *placentae praevia* — у перворождающих представляет значительно большую опасность и для матери и еще более для ребенка. А в данном случае головка крепко прижата ко входу, следовательно, поворот встретит не малое затруднение. Выгодную сторону данного случая можно видеть в незначительности кровотечения, несмотря на раскрытие зева на 2 пальца.

Другим патологическим явлением данного случая представляется некоторая слабость маточных сокращений, что видно из несколько замедленного раскрытия зева и несколько более высокого стояния головки.

Выгодной стороной является здесь то обстоятельство, что при второй позиции малый родничок обращен не назад, как обыкновенно, а вперед.

В настоящее время я считаю лучшим средством для подобного случая немедленный широкий разрыв пузыря. Кровотечение после этого обыкновенно останавливается, так как послед получает возможность подниматься вверх вместе с поднимающимся нижним сегментом матки. Кроме того головка опускаясь прижимает *placentam* к нижнему сегменту матки и останавливает таким

образом кровотечение. Можно поставить вопрос: не лучше ли будет в таких случаях поворот по Бракстон-Гиксу? В виду незначительного кровотечения при малом предлежании последа мы можем рассчитывать на хороший успех от вышеуказанного более безопасного для матери лечения, тем более, что поворот по Бракстон-Гиксу у перворождающих далеко не всегда удается, опасен, как сказано выше, для матери и особенно для ребенка, а в данном случае отмечено, между прочим, крепкое прижатие ко входу, что до некоторой степени противопоказует вышеуказанный прием.

В. Прошло 8 часов после разрыва пузыря, появилось небольшое кровоотделение; состояние роженицы удовлетворительно. Схватки слабоваты.

Ответ. Если кровоотделение незначительно (1—1½—5 столовых ложки), и если нет оснований предполагать, что зев близок к совершенному (судим об этом по появившейся потужной деятельности, по силе предшествующих схваток, наконец, по стоянию головки, определяемому наружными приемами), то можно подождать еще 2—4 часа в надежде на большее раскрытие зева. Если же кровоотделение порядочное (более 1 стакана), то следует ускорить течение родов.

Назначаем средства, усиливающие потужную деятельность: хинин, чай с сахаром, вино, pituitrin. Стараемся воздействовать на психику, советуем походить, применяем массаж матки. Если ничто не помогает, прибегаем к способу Кристеллера.

С. Прошло еще восемь часов, схватки продолжают быть слабыми: зев совершенно раскрыт; головка низко во входе наибольшим сегментом, снова показалось небольшое кровоотделение.

Ответ. В виду того, что роды мало подвигаются вперед, ибо потужная деятельность продолжает быть слабой, несмотря на применение разного рода средств, — накладываем щипцы. Щипцы в данном случае будут средней трудности, так как головка стоит еще во входе, однако она готова уже вступить в полость таза, почему, при данных условиях, мы имеем полную надежду извлечь живого ребенка без особенно значительных усилий.

Итак, мы наложили щипцы в данном случае через 24 часа от начала родов при совершенном открытии зева. Естественно является вопрос: почему не накладывали щипцов в более ранний период родов? Так как в данном случае головка стояла во входе, то щипцы должны быть отнесены к высоким, при которых и мать достаточно страдает, и ребенок нередко гибнет (10—15% смертности). Мы старались, таким образом, перевести высокие щипцы в полостные, или приступить к ним лишь тогда, когда всякая надежда на улучшение условий была уже потеряна. К неблагоприятным явлениям данного случая должно быть отнесено также поперечное стояние головки, лишь слегка приближающейся к левому косому размеру.

Как наложить в данном случае щипцы?

Ответ. Так как головка стоит низко во входе таза, при чем малый родничок обращен вправо и немного вперед, а большой влево и немного назад, стреловидный шов стоит в поперечном размере, слегка приближаясь к левому косому, то можно наложить щипцы или в поперечном, или в правом косом размере таза, последнего не следует делать лишь при плоском тазе, так как подобное наложение уже во входе будет поворачивать головку в косой размер, что противоречит механизму родов при этой форме узкого таза.

Задача 18.

А. Многорождающая; 4-е роды. Предшествующие роды были трудные. Первый ребенок родился мертвым, второй ребенок хотя родился живым, но скоро умер, третий был перфорирован. Настоящие роды продолжаются 18 часов. Зев совершенно открыт 6 часов; воды прошли 6 часов тому назад, схватки сильные, через каждые 3 минуты; в промежутках между схватками матка расслабляется хорошо; внизу живота — пальца на три над лоном — заметна на матке маленькая борозда; пульс и t° нормальны. Роженица измучена. Размеры таза: dist. troch. — 29, dist. crist. — 27, dist. spin. — 23, conjug. ext. — 17, conjug. diagon. — 10. При исследовании находим: малый родничок слева, большой родничок справа, стреловидный шов в поперечном размере, головка прижата ко входу, но наибольший сегмент ее находится выше безмянной линии. Сердцебиение ребенка удовлетворительно. Что делать?

Ответ. Случай этот относится к крайне серьезным. Из патологических явлений прежде всего приходится отметить значительное сужение таза. Его можно отнести к числу общесуженных плоских. Далее — роды протекают очень неблагоприятно: несмотря на сильные схватки в течение 6 часов после прохождения вод и совершенного открытия зева, головка все еще стоит над входом. К этому присоединяется еще появление борозды над лонным сочленением. Анамнез крайне неблагоприятен.

В виду указанных обстоятельств и отсутствия живых детей у этой женщины следует самым тщательным образом взвесить данные за возможность рождения в этом случае живого ребенка, имея в виду производство рубiotomiae или даже кесарского сечения для спасения плода при относительных показаниях.

Полагаю, что указанные операции, как правило, могут быть произведены лишь в клиниках и больницах, где имеются приспособления для больших операций.

Нужно точно оценить срочность родов, величину плода и особенно величину и плотность головки, отношение ее к тазу, и самое главное, насколько она прошла и приспособилась к верхней узкости таза (т.-е. к входу). Важно также получить данные об условиях предшествующих родов и рациональности их ведения. Отмечу, что для точной оценки в данном случае свойств головки и отношения ее к тазу уместно применение внутреннего исследования под хло-

реформным наркозом пол-рукой. Если полученные данные укажут, что шансов на рождение живого ребенка очень мало, то мы можем применить в данном случае *pubiotomiam*. Само собой понятно, что эту операцию, представляющую значительную опасность для матери, можно делать лишь при ее согласии. Операция кесарского сечения представляет здесь еще большую опасность для матери, так как воды прошли уже 6 часов и поэтому она могла бы быть произведена в данном случае только в форме экстраперитонеальной по *L a t z k o*, но и эта последняя, по моему убеждению, значительно опаснее при данных условиях, чем *pubiotomia*.

Итак, предположим, что роженица не желает подвергаться большой операции, или условия места не позволяют ее произвести. Что же делать?

Прежде всего отметим, что вышеуказанная борозда над лонным соединением не есть резко выраженное контракционное кольцо, представляющее непосредственную опасность для матери, так как нет обычных сопутствующих явлений: учащенного пульса, напряжения круглых маточных связок, болезненности внизу живота, напряженного состояния матки вне схваток. Кроме того, угрожающее контракционное кольцо стоит выше указанного места. Однако, нужно помнить, что условия данного случая таковы, что появление контракционного кольца здесь естественно и почти неизбежно в дальнейшем, и к этой борозде нужно относиться со вниманием, допуская, что она представляет лишь начальную форму контракционного кольца.

Итак, допуская возможность рождения ребенка живым, мы не находим в данном случае показаний к немедленному оперативному вмешательству, рассчитывая на приспособление головки и опущение ее. Желательно лишь усилить *ad maximum* изгоняющие силы и в особенности работу брюшного пресса, для чего даем большой хинин (0,5), немного вина, сахар, руководим при применении брюшного пресса и даже применяем кратковременно и осторожно способ *К р и с т е л л е р а* (пока нет явлений ясно выраженного контракционного кольца). Едва ли можно применить в данном случае *pituitrinum*, так как он резко усиливает родовую деятельность и при имеющемся уже растяжении и истончении нижнего сегмента матки иногда ведет к разрыву последней. Несколько десятков случаев такого рода уже опубликованы в литературе.

Имеет большую важность вопрос, можно ли разрешить роженице с высокостоящим контракционным кольцом — тужиться. Я решаю это в утвердительном смысле и не раз видел при этом благополучное окончание родов. Безвредность натуживаний, по моему мнению, объясняется тем, что при них давление на матку происходит почти равномерно со всех сторон. А если это так, то натуги не способствуют разрыву.

Иное дело — *К р и с т е л л е р*: при нем давление одностороннее, и некоторые отделы матки, естественно, будут растягиваться особенно сильно, что и может привести к разрыву. Когда роженица совершенно истощена продолжительной родовой деятельностью и бессонницей, даем ей возможность заснуть в течение одного часа при помощи легкого хлороформного наркоза и выжидаем в надежде, что роды будут двигаться вперед. Не могу не отметить, что нередко в подобных

случаях хлороформный наркоз оказывает блестящее действие, что в одних случаях зависит от регулирования маточной деятельности, в других от накопления сил после отдыха. Выжидание в данном случае простираем *ad taximum* — до появления симптомов, угрожающих здоровью матери или ребенка и тем самым настоятельно показывающих окончание родов.

В. Прошло 10 часов, сердцебиение ребенка замедлилось (95 ударов в минуту, вне схваток); головка в том же положении, как и при первом исследовании, то-есть над входом. В то же время замечаем появление борозды на матке пальца на $4\frac{1}{2}$ над лоном; круглые связки напряжены, постоянная болезненность внизу живота, пульс матери 115 — 120. Что делать?

Ответ. Перечисленные явления указывают на опасность для матери и ребенка. Все явления высоко-стоящего контракционного кольца здесь на-лицо, а следовательно, и опасность возможного разрыва матки. В то же время плоду угрожает смерть от асфиксии. Следовательно, мы должны кончить роды как в интересах матери, так и плода. Накладываем *пробные щипцы*, которые будут, вероятно, очень трудные. Если щипцами не удастся вытащить головку, придется ее перфорировать. Перфорация в данном случае будет показана высоким стоянием контракционного кольца и тем, что дальнейшее выжидание подвергает лишь мать опасности и мучениям. Шансов же на спасение плода, после неудавшихся щипцов, при данных условиях — почти никаких. Только пубиотомией или кесарским сечением можно было бы спасти его, но эти операции мы считаем непоказанными после применения тяжелых щипцов, когда плод в значительной степени травмирован и когда спасение его жизни маловероятно. Приходится подчеркнуть, что роженица в данном случае выразила пожелание не подвергаться большой операции.

Задача 19.

Многорождающая; 5-е роды, которые продолжаются пять часов. Воды только что прошли. Головка, незадолго до нашего исследования бывшая над входом, очень быстро опустилась в полость таза, при чем выпала пуповина. Все предшествующие роды проходили очень быстро. Таз широкий. Dist. troch. — 32, dist. crist. — 30, dist. spin. — 26,5, conjug. ext. — 21,5. Сердцебиение плода резко замедляется (90 уд.). При исследовании находим: зев совершенно открыт, прощупывается личико, подбородок справа; лобик слева, лицевая линия в поперечном размере; головка в полости таза. Что делать?

Ответ. Выпавшая пуповина, сопутствуемая замедленным сердцебиением, служит настоящим показанием к немедленному окончанию родов. Распорядившись о немедленном приготовлении к операции наложения щипцов, которая представляется здесь типической операцией, можем сделать попытку при данных условиях (многоорождающая, широкий таз, предшествующие быстрые роды, быстрое прохождение головки через вход в таз) выжать ребенка по спо-

собу Kristeller'a. Правда, последняя мера может усилить опасное состояние ребенка вследствие прижатия пуповины, почему она может быть применена лишь в исключительных случаях, когда опасность для ребенка очень велика, когда имеем основание рассчитывать на легкое прохождение ребенка через таз, и щипцы могут быть применены по условиям обстановки больной лишь позднее. Узкий таз, перворождаемость, большая головка плода и вообще неуверенность в быстром окончании родов, даже при применении способа Kristeller'a, служили бы противопоказанием к его применению. Если вышеуказанный способ не дает немедленного результата, накладываем тотчас же щипцы. Щипцы должны быть наложены в данном случае в правом косом размере таза, само собою понятно, избегая при этом прижатия пуповины. Подбородок при влечениях должен повернуться вперед к лонному соединению, чему, в случае надобности, можем способствовать щипцами.

Задача 20.

Многорождающая, у которой замечается очень сильное варикозное расширение вен на нижних конечностях и на наружных половых частях. Эта варикозность также сильно развита на шейке матки, что констатируем при внутреннем исследовании. После одной из сильных схваток появилось кровотечение из половых путей. Таз нормальный. Сердцебиение ребенка выслушивается слева ниже пупка. Воды прошли в начале родов 3 часа назад. При внутреннем исследовании находим: сильно выраженную варикозность на шейке; получаем впечатление, что кровотечение происходит из лопнувшего варикозного узла, что и констатируем при помощи зеркала; зев открыт на 4 пальца. Предлежащая часть — темя. Малый родничок слева; большой родничок справа; стреловидный шов в поперечном размере; большой родничок несколько ниже малого; головка в полости таза. Что делать?

Ответ. В данном случае существенным патологическим явлением, требующим нашего вмешательства, является кровотечение, обусловленное разрывом варикозного узла. Оно может быть остановлено или наложением швов, или тампонацией в случаях легких, если зашивание почему-либо не может быть сделано. В последнем случае тампонируем марлей кровоточащее место; при этом лучше всего вводить марлю под руководством глаза, то-есть с применением зеркала. Дальше, при прекратившемся кровотечении, мы можем не вмешиваться, в надежде, что головка, опустившись, будет в то же время служить хорошим тампоном. Таким образом, роды могут окончиться силами природы. Если марлевым тампоном нам не удастся задержать кровотечение, применяем щипцы, которые будут здесь показаны, в виду кровотечения из сосудов шейки матки. В случае продолжения кровотечения — сшивание кровоточащего места. Щипцы будут не трудные, так как головка в полости. Другая неправильность данного случая — низкое стояние большого родничка, при головке, находящейся уже в полости таза, — не требует с нашей стороны никакого вмеша-

ства, так как в большей части случаев, при дальнейшем течении родов, головка сгибается, и роды оканчиваются по нормальному типу. Что касается варикозных расширений на конечностях и наружных половых частях, то, при очень сильном истончении стенок сосудов на нижних конечностях и при угрожающем разрыве их, можно применить бинтование ног и несколько возвышенное положение их; последнее можно продолжить и в послеродовом периоде.

Задача 21.

А. Многорождающая. Больна воспалением легких, которое длится 2 дня. Температура больной 40, пульс 120, число дыханий 30 в минуту, впрочем, чувствует себя удовлетворительно. При данном состоянии, под влиянием болезни начались преждевременные роды (за 2¹/₂ недели до срока). Роды тянутся 6 часов. Предшествующие роды протекали благополучно. Таз нормальных размеров. Сердцебиение ребенка выслушивается слева. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на 3 пальца; воды стоят; предлежит темя. Малый родничок слева и спереди, большой родничок справа и сзади; стреловидный шов в правом косом размере; головка над входом. Что делать?

Ответ. Так как грозных явлений не имеется и воспаление легких протекает типически, не особенно ослабляя больную, то нам остается не вмешиваться и ожидать дальнейшего раскрытия зева, лечя *lege artis* воспаление легких. При данных условиях мы должны разорвать пузырь для того, чтобы роды пошли быстрее. Дальше роды могут окончиться силами природы даже в течение короткого срока. Основанием к такому оптимизму служат: течение предшествующих родов, недоношенность плода при нормальном тазе у роженицы и хорошей родовой деятельности. Асфиксия матери и высокая t° ее нередко усиливают родовую деятельность.

В. Предположим, что при целом пузыре и при зеве, открытом на четыре пальца, явилось осложнение, заключающееся в плохом сердцебиении плода (95 ударов вне схваток, тоны глухие). Как поступить тогда?

Ответ. Так как головка все еще стоит над входом, мы можем прибегнуть к повороту и немедленному извлечению для спасения ребенка.

Иным пособием может быть здесь разрыв пузыря, что не так выгодно для плода, но безопаснее для матери. Мы можем рассчитывать при данных условиях (нормальный таз, благополучные предшествующие роды, недоношенный плод, зев на 4 пальца) на скорое опущение головки вслед за разрывом пузыря в полость таза, когда мы можем спасти плод наложением щипцов. Эта операция для матери будет более безопасной, так как может быть произведена с легким хлороформным наркозом или даже без него, между тем как поворот на ножку обыкновенно требует глубокого наркоза. Для больной воспалением легких это представляет существенную разницу.

С. Но во время наших приготовлений к повороту разорвался пузырь, воды прошли и головка опустилась во вход наибольшим размером, сердцебиение плода остается плохим. Что делать?

Ответ. В этом случае мы можем окончить роды лишь щипцами. Накладываем немедленно щипцы в левом косом, т.-е. левая ложка будет лежать возле левого крестцово-подвздошного сочленения, а правая возле правого подвздошно-лонного бугорка, и извлекаем ребенка.

Задача 22.

А. Многорождающая, у которой замечается кровотечение умеренной степени из родовых путей, продолжающееся с перерывами уже несколько часов. Таз нормальный. У роженицы имеются значительные явления малокровия. Сердцебиение ребенка выслушивается справа. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на три пальца; пузырь цел; предлежит задний отдел теменной кости; малый родничок справа, большой родничок слева: стреловидный шов в поперечном размере (второе теменное предлежание); головка над входом, кроме головки, в зеве прощупывается небольшой кусок *placentae*. Что делать?

Ответ. Самый верный прием для остановки кровотечения при *placenta praevia* поворот на ножку, хотя и один разрыв пузыря может дать резкое уменьшение кровотечения, а иногда и полную остановку его. Чем меньше предлежит послед, чем меньше кровотечение и чем более роды продвинулись вперед, тем большее право мы имели бы ограничиться одним лишь разрывом пузыря (смотреть объяснение в задаче 2). Так как здесь имеется уже малокровие значительной степени, то желательно применить наиболее верный способ, то-есть поворот на ножку с легким потягиванием за нее, чтобы затампонировать ягодицами нижний сегмент матки. Извлечение же делать не следует, так как шансы на разрыв шейки матки с последующим кровотечением при этом очень значительны, а последнее может привести к смерти матери.

В. Во время приготовлений к повороту схватки усилились, прошли воды, и зев открылся на четыре пальца. Вслед затем головка опустилась в полость таза и кровотечение прекратилось.

Ответ. При таких обстоятельствах вмешательство наше излишне, роды могут окончиться самостоятельно, без вреда для матери и плода, а поворот при этих изменившихся условиях представляется совершенно невозможным.

С. Но, выслушивая несколько раз сердцебиение плода в промежутках между схватками, мы констатируем замедление до 90 ударов в минуту. Очевидно, плоду угрожает опасность.

Ответ. Остается для спасения ребенка окончить роды оперативным путем, а именно — щипцами, как наиболее верным средством при данных условиях для быстрого окончания родов. Наложение щипцов не представит в данном

случае большой трудности, так как головка в полости и кроме того роженица многоорождающая с нормальным тазом. Щипцы мы накладываем в правом косом размере для того, чтобы малый родничок подвинулся вперед, но не будет ошибкой наложить их в поперечном размере.

Задача 23.

Многоорождающая; шестой, очень большой плод. Предшествующие роды были трудные вследствие огромных размеров плода; двое детей родились мертвыми. Таз нормальный. Настоящие роды продолжаются 28 часов, воды прошли 18 часов назад. Роды велись опытной, известной врачу акушеркой. У роженицы чрезвычайно сильные схватки. В данный момент приглашенный врач констатирует следующее: пальца на 2 ниже пупка наблюдается на матке перехват; по бокам матки прощупываются напряженные круглые связки; внизу живота большая чувствительность; на лице выражение страха и глубокого страдания, роженица видимо очень измучена; t° 37,7, пульс 120, сердцебиение ребенка 135. При внутреннем исследовании находим: зев открыт совершенно; предлежит темя; головка находится в полости, малый родничок назад и влево; большой родничок вперед и вправо; стреловидный шов в левом косом размере. Что делать?

Ответ. Осложнением родов в данном случае является чрезмерная величина плода. Это обусловило значительное замедление родов и сильную маточную работу. Вследствие этого здесь имеется дело с высоким стоянием контракционного кольца, следовательно, с сильным растяжением нижнего сегмента матки и с явлениями, угрожающими разрывом матки. Очевидно, в виду большой опасности для матери покажется немедленное родоразрешение наложением щипцов. В данном случае способ Кристеллера противопоказан, так как с применением его резко увеличивается внутриматочное давление — нередко одностороннее, — что ускоряет наступление разрыва. Иначе дело обстоит с работой брюшного пресса. Внутриматочное давление повышается, конечно, и при этом, но ровно настолько, насколько оно делается большим по всей брюшной полости, следовательно, вся матка подвергается сдавлению, и одностороннего растяжения нижнего сегмента матки вследствие этой работы быть не может. Щипцы придется наложить в правом косом и головку извлекать по механизму родов при крестцово-затылочном положении. Здесь возможно также наложение щипцов в поперечном размере таза, при чем после влечений (тракций) щипцы слегка размыкаются, чем предоставляется возможность головке самостоятельного движения. Нередко при этом затылок поворачивается вперед. Первый способ наложения преимущественно показан при низком стоянии большого родничка, а второй при низком стоянии малого родничка, а равно и мало опытным операторам. Если бы извлечение в крестцово-затылочном положении не удалось, и головка не проходила бы через узкость таза после 6 — 8 сильных тракций, мы могли бы сделать попытку, при удовлетво-

рительном еще сердцебиении плода, повернуть щипцами головку затылком вперед и вывести ее в затылочно-лонном положении. Отмечу, что такое исправление положения головки щипцами рационально лишь там, где головка имеет тенденцию сама поворачиваться в желательном направлении. Но даже и при этом условии при нем наблюдаются нередко большие разрывы, почему к такому приему могут прибегать лишь опытные акушеры.

Итак, поворот головки щипцами является рациональным только тогда, когда головка сама стремится совершить этот поворот. Другими словами: мы не должны применять при этом большую силу, а только пробовать при влечениях направить затылок кпереди. Если это не удастся и 8 — 10 сильных тракций не смещают головку, в таком случае акушер вправе закончить роды для спасения матери перфорацией хотя бы и живого ребенка.

При последних явлениях жизнь ребенка могла бы быть спасена кесарским сечением или *pubiotomia*. Но первая операция грозит матери большой опасностью (до 10% смертности), вторая значительно меньшей для жизни ее, но порядочной заболеваемостью. К тому же существенным противопоказанием к этим операциям является как тяжелое состояние плода, являющееся следствием длительных и тяжелых родов, так и применение многочисленных и сильных тракций. Едва ли можно признать эти большие операции рациональными при большой вероятности смерти плода во время самой операции или в течение ближайших дней после родов, и даже при допущении его жизни, но с существенными ненормальностями в психическом отношении.

Задача 24.

А. Перворождающая, находящаяся в легком коматозном состоянии. У нее было пять припадков эклампсии в течение суток. В данный момент прибывший врач констатирует: мочи порядочное количество—около 300,0 за 6 час., белка немного, пульс 100 ударов, хорошего наполнения, температура 37,8. Размеры таза: dist. troch. — 29, dist. crist. — $27\frac{1}{2}$, dist. spin. — 26, conjug. ext. — 18, conjug. diagon. — $11\frac{1}{4}$. Сердцебиение небольшого плода выслушивается справа. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на три пальца; воды стоят; предлежит темя: большой родничок слева и спереди, малый родничок справа и сзади; стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок ниже малого, таким образом головка несколько разогнута, мала, расположена над входом. Что делать?

Ответ. Главным патологическим явлением этого случая является эклампсия, протекающая относительно благополучно, несмотря на грозное начало. Дело в том, что эклампсия во время беременности представляет, по мнению многих, особенную злокачественность. В данном случае из условий задачи вытекает, что она началась до начала родов (об этом пункте в задаче ничего не сказано, следовательно, продолжительность родов нормальна и, следовательно, роды начались часов 10 тому назад, так как зев раскрыт на 3 пальца). Тем не менее

за сутки припадков было всего 5, и общее состояние остается относительно удовлетворительным, что заставляет делать благоприятный прогноз.

Другим осложнением является сужение таза, который должен быть отнесен к типу общесуженных плоских рахитических с небольшим уменьшением размеров. Незначительное повышение t^0 и учащение пульса может быть всецело отнесено на эклампсию, а высокое стояние головки объясняется сужением таза. Благоприятным фактором является здесь малая величина плода, которая компенсирует небольшое сужение таза.

Итак, прежде всего стараемся устранить повторение припадков и потому применяем лечение эклампсии по вышеизложенному плану (см. зад. 5), в виде профилактического лечения морфием и chloral-hydrat'ом и разрываем пузырь. Рациональность последнего мотивируется следующим: с отхождением вод матка уменьшается и кровообращение в брюшной полости, а следовательно, в печени и почках делается более благоприятным. Кроме того, возможно допустить, что внедрение элементов яйца в кровеносную систему матери после спадения матки и уменьшения в ней давления будет не столь благоприятным. Только там не разрываем пузыря у I-рага при зеве на 3 пальца и у m-рага при зеве на 2 пальца, где этому имеется специальное противопоказание. Если экламптических припадков не будет, предоставляем роды силам природы. Если бы эклампсия, против ожидания, не уступила нашей терапии и припадок повторился, мы сделали бы кровопускание около 400,0, продолжая дачу наркотических в усиленной дозе. Как правило, припадки при этом прекращаются или повторяются 1 — 2 раза и в слабой форме. Благодаря этому, мы получаем возможность выждать до такого положения плода и родовых путей матери, что родоразрешение не представит большой опасности ни для матери, ни для ребенка.

Должно отметить, что роды при эклампсии идут нередко быстрым темпом и больная, находящаяся в полунаркозе, слабо реагирует на маточные сокращения, так что прорезывание головки является иногда совершенно неожиданным для подающих пособие.

Итак, в данном случае мы выжидаем с родоразрешением, пока головка не опустится в полость таза и зев не сделается совершенным или почти совершенным, тогда мы можем приступить к наложению щипцов и извлечению плода.

Прибавлю, что в последнее время течение эклампсии под влиянием усовершенствованного профилактического метода проходит столь благоприятно, что мы нередко выжидаем естественного окончания родов. Это последнее допустимо лишь в тех случаях, где больная чувствует себя удовлетворительно, нет предвестников припадка и ожидается скорое родоразрешение силами природы.

В. Для примера допустим, что в нашем случае прошло *три часа, припадки не прекратились*, несмотря на кровопускание — их было еще 3 — 4, зев раскрылся на $3\frac{1}{2}$ пальца, головка во входе; малый родничок вправо, большой родничок влево, большой родничок ниже малого, стреловидный шов в поперечном размере входа в таз (механизм плоского таза). Что делать?

Ответ. В виду неуспешности лечения эклампсии, можно было бы следующим образом окончить роды: расщиряем зев пальцами и даже насечками до 4 — $4\frac{1}{2}$ пальцев и накладываем щипцы, так как невозможно сделать поворот при опустившейся во вход головке. В данном случае щипцы должны быть наложены в поперечном размере таза, а наложение в правом косом размере было бы ошибкой, так как мы имеем дело с плоским тазом, при котором головка проходит своим прямым размером в поперечном размере входа в таз, а щипцы, наложенные в косом размере таза, поворачивали бы уже в этот момент затылок вперед.

Дача наркотических продолжается по схеме и после родов по крайней мере в течение 12 час. после последнего припадка обыкновенно в меньших указанных дозах. При предвестниках припадка дозы могут быть средними и дача их продолжается до их устранения.

Считаю полезным обратить внимание читателя на применение pituitrin'a при эклампсии, рекомендованного некоторыми авторами. Я считаю его назначение при этом заболевании крайне опасным, так как он способствует спазму сосудов, который и без него существует при эклампсии в сильной степени. В литературе кроме того отмечено более частое появление мозговых кровотечений при его применении для лечения эклампсии.

Задача 25.

Многорождающая; пятый ребенок. Предшествующие роды были несколько тяжелее нормальных, но рождались живые дети. Настоящие роды продолжаются 25 часов, воды прошли 18 часов тому назад при совершенном зеве, как заявляет опытная акушерка. Температура роженицы 37,4, пульс 80, схватки редки (через 5 — 8 минут по 45 — 55 секунд); таз рахитический, общесуженный, плоский. Размеры таза: dist. troch. — 29, dist. crist. — $27\frac{1}{2}$, dist. spin. — 26, conjug. ext. — 18, conjug. diagon. — $10\frac{1}{2}$. Сердцебиение ребенка выслушивается ясно справа. При внутреннем исследовании находим: зев совершенно открыт, предлежит личико, лобик влево, подбородок вправо, лобик и подбородок на одном уровне; лицевая линия в поперечном размере, головка находится во входе. Что делать?

Ответ. У нас имеется кроме узкого таза и неправильного вставления, несомненно слабость родовой деятельности, почему мы должны прежде всего принять меры к усилению схваток; назначаем средства, усиливающие маточные сокращения: chininum, массаж матки, pituitrin и сахар, который, по мнению некоторых авторов, действует благоприятно в этом направлении, предлагаем больной пройтись по комнате, ободряем ее и обращаем особенное внимание на правильную работу брюшного пресса; если эти средства оказываются несостоятельными, применяем выжимание по Кристеллеру во время схваток. Если бы, спустя часа два, положение осталось прежним, можно было бы захлороформировать больную в продолжение $\frac{3}{4}$ — 1 часа

в виду того, что больная не спала в течение всего акта родов в надежде, что после часового сна она будет крепче, а схватки и работа брюшного пресса пойдут энергичнее. Данное положение заставляет предварительно применить все средства для окончания родов, смотря на щипцы, как на *ultimum refugium*, так как они при данных условиях чрезвычайно опасны для ребенка. К щипцам можно прибегнуть только в том случае, когда все раньше испробованные более бережные средства не приводят к желанным результатам или когда явления со стороны матери или ребенка потребуют немедленного окончания родов. В этом случае, несмотря на то, что мы имеем дело с рахитическим, общесуженным, плоским тазом, при котором головка проходит наибольшим размером в поперечном размере входа, мы наложим щипцы в правом косом размере таза, или же, если под рукой имеются прямые щипцы, наложим их, если возможно, близко к прямому размеру таза. Щипцы в поперечном размере представляют здесь для ребенка очень большую опасность, так как сжимают шейные сосуды и тем производят анемию мозга; кроме того, ложка, проходящая в области шейки, будет легко соскальзывать.

В этом случае Kielland'овские щипцы представляют большие преимущества, позволяя наложение их в прямом размере таза.

Задача 26.

Многорождающая; предшествующие роды быстрые, настоящие продолжаются 5 часов, схватки сильные через 3—4 мин. по 1 мин., *сердцебиение плода удовлетворительно, таз широкий*. При внутреннем исследовании находим: *зев совершенно открыт; лобное предлежание*; большой родничок справа и сзади, корень носа слева и спереди; лобный шов в правом косом; головка стоит над входом. Во время исследования прошли воды; выпала пуповина, больная при этом начала сильно тужиться, и головка, бывшая раньше над входом, быстро опустилась в полость таза. Что делать?

Ответ. В виду того, что головка опустилась в полость таза, по большей части вправление пуповины не удастся, поэтому нужно немедленно для спасения ребенка *окончить роды* при помощи *щипцов*. Так как здесь имеется лобное предлежание, то мы накладываем щипцы так, чтобы удобно было при извлечении подражать механизму родов при лобном положении, а именно: в левом косом. При извлечении лобик должен поворачиваться к лонному соединению, а при прорезывании в лонную дугу и переднюю спайку половой щели будет упираться верхняя челюсть. Способ Kristeller'a здесь может быть применен еще с большим ограничением, чем при других предлежаниях, так как лобное вставление одно из самых невыгодных, и шансы на быстрое окончание родов применением только этого способа в общем крайне незначительны. А мы уже раньше говорили, что безрезультатное применение способа Кристеллера, сопровождаясь более сильным сдавлением пуповины, только ускоряет смерть ребенка (см. задачу 19). Итак, способ Кристеллера может быть

применен лишь в том случае, когда отношения между плодом и тазом очень благоприятны, далее только у многоорождающей, и когда наложение щипцов по каким-либо причинам не может быть быстро произведено, а, между тем, ребенку угрожает смерть.

Конечно, если бы у акушера получилось впечатление при исследовании, что пуповина может быть заправлена, он сделал бы попытку к этому.

Задача 27.

Перворождающая; роды продолжаются 35 часов; схватки различной силы от $\frac{3}{4}$ минуты до 2-х минут, в промежутках между схватками матка то сокращена, то расслаблена; таз слегка суженный. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на $3\frac{1}{2}$ пальца; пузыря нет, воды прошли 15 часов тому назад, малый родничок справа и сзади, большой родничок слева и спереди, стреловидный шов в правом косом, головка во входе. Что делать?

Ответ. Из данных этого случая видно, что самой существенной неправильностью здесь представляются судорожные боли, которые нередко обуславливают значительное замедление родового акта. Верхняя узкость (вход таза) уже почти пройдена наибольшим размером головки. Для устранения неправильных маточных сокращений назначаем *морфий* (0,01 — 0,015), *теплую ванну*, а в случае нужды и *хлороформный наркоз* в течение $\frac{3}{4}$ — 1 часа.

Исследуем роженицу через три — четыре часа и находим, что схватки сделались правильными (через 3 — 4 минуты, по одной минуте), зев открыт совершенно, головка в том же положении и вперед не двигается.

В этом случае мы будем выжидать еще в течение двух — трех часов, и роды могут окончиться силами природы. При отсутствии поступательного движения головки в течение этого срока мы должны будем признать недостаточность изгоняющих сил (судорожные боли устранены) и назначим средства, усиливающие маточные сокращения (см. задачу 3). *К щипцам* в данном случае мы прибегнем с большой неохотой, так как высокие щипцы при заднем виде у перворождающей со слегка суженным тазом представляют значительную опасность и для матери и для плода. Почему наложим щипцы только в случае каких-нибудь явлений, серьезно угрожающих здоровью матери или плода. (О способе их наложения см. задачу 23 с изменениями для второй позиции.)

Назначая ванну при прошедших водах, не впадаем ли мы в противоречие с утверждением, что ванна для очищения тела рожениц может приносить ей вред?

Нет. Во-первых, потому, что у I-рага вода из ванны по нашим исследованиям не входит во влагалище, а во-вторых, потому, что терапевтическая ванна может быть не связана с разведением ног. Их можно даже с этой целью связать с допущением незначительных движений.

Несколько слов в дополнение к наложению щипцов при подобном заднем виде. Если головка имеет тенденцию повернуться затылком вперед, можно

рекомендовать способ *Scanzoni*, т.-е. наложить щипцы в левом косом размере таза и при влечениях осторожно поворачивать затылок вперед. Когда головка установится в поперечном размере таза, щипцы будут уже находиться в прямом его размере. Их должно снять и снова наложить, как при поперечном стоянии головки в полости таза, т.-е. или в правом косом размере, что, на мой взгляд, представляется более выгодным, или в поперечном. При дальнейшем влечении затылок приближается к лону, а щипцы в первом случае к левому косому, а во втором — к прямому. В последнем случае иногда приходится их снова снимать и накладывать, или по крайней мере передвигать по головке.

Задача 28.

Многорождающая, пятый ребенок, роды тянутся 25 часов, воды прошли в начале родов, температура 38,4, пульс 90, таз нормальный, удовлетворительное сердцебиение плода выслушивается слева. Акушерка, находящаяся при роженице, возбуждает подозрение в смысле асептики. Отделения из полового канала слегка гнойного характера. При внутреннем исследовании находим: зев совершенный, предлежит темя, большой родничок справа и спереди, малый родничок слева и сзади, малый родничок ниже, большой выше, стреловидный шов в левом косом, головка в полости таза. Что делать?

Ответ. Главным осложнением родов представляется здесь повышение t° . Кроме того, имеется рановременное отхождение вод, большое замедление родов и гнойные отделения из полового канала; задний вид первой позиции, как известно, наблюдающийся относительно редко, представляет также невыгодную сторону данного случая. Итак, нужно произвести общее исследование всего организма и местное — полового канала. Если мы не находим в других органах ничего патологического, объясняющего повышение t° , то, вероятнее всего, мы имеем здесь дело с заболеванием полового канала септического характера. Раннее отхождение вод предрасполагает к этому, а гнойные выделения — один из его симптомов. При таком заболевании показано скорое бережное родоразрешение, а именно, при указанных условиях при помощи щипцов. Имея в виду однако, что в данном случае задний вид 1-го положения с малым родничком, стоящим ниже большого, мы должны помнить, что щипцами головка может быть задержана в заднем виде; следовательно, она может пойти противно тому механизму, который прорезывает головка нормально при данных условиях. Почему наложение щипцов здесь будет сопряжено с некоторой опасностью для матери и для ребенка. Поэтому, произведя основательную дезинфекцию влагалища, мы выжидаем короткое время, усиливая в то же время маточные сокращения *puitrin'*ом, *chinin'*ом, вином, чаем с сахаром и пр.; ожидаем поворота малого родничка вперед по крайней мере до положения, чтобы стреловидный шов совпал с поперечным размером полости таза. Между прочим мы можем сделать попытку 2-мя паль-

цами помочь головке повернуться малым родничком вперед. Если, однако, в течение 3 — 4 часов положение не изменится в благоприятном смысле, накладываем щипцы и извлекаем головку, как об этом сказано в задаче 23. Само собой понятно, что щипцы будут наложены различным образом, смотря по тому, совершила ли головка поворот вперед или нет. Так, если головка повернулась малым родничком вперед настолько, что мы считаем наиболее удобным извлечь головку в переднем виде (затыльно-лонном — головка должна стоять при этом по крайней мере в районе поперечного размера таза), то мы накладываем щипцы в левом косом. Если же головка стоит в левом косом и мы решаем извлечь ее в заднем виде (затыльно-крестцовом), то мы накладываем щипцы в правом косом. В последнем случае наложение прямых щипцов, т.-е. щипцов без тазовой кривизны, которыми головка может быть повернута затылком вперед без повторного накладывания их, если бы к этому явилось показание, заслуживает изучения. Необходимость в исправлении положения головки особенно может случиться при наличности узкого таза или очень большой головки, т.-е. при относительном пространственном несоответствии головки с тазом. Произведя в данном случае 6 — 8 сильных тракций и не констатируя поступательного движения головки, показывается, по моему мнению, осторожная попытка способствовать щипцами повороту затылка кпереди. Должно отметить, что и обыкновенными щипцами с тазовой кривизной этот прием может быть выполнен, но тогда, как, напр., в разбираемом случае, после перемещения ложек вместе с головкой из правого косого в прямой размер, необходимо снять их и наложить вновь в левом косом размере таза, т.-е. левую ложку провести около левого крестцово-подвздошного сочленения, а правую возле правого подвздошно-лонного бугорка, или наложить их в поперечном размере таза. Предполагается, что головка при этом повернулась подобно щипцам и, следовательно, она стоит уже в поперечном размере таза своим стреловидным швом. Прием этот, применяемый уже давно со времен Smellie и Scanzoni, иногда дает очень хороший результат, не нужно только им форсировать. Сложность приема и частота значительных повреждений полового канала требует от акушера большой опытности.

Задача 29.

А. Вторые роды, продолжаются 20 часов. Последние 4 часа сильные схватки появляются через 3 — 4 минуты, продолжаясь по 70 — 75 секунд. Умеренное кровотечение из половых путей; по словам роженицы, она потеряла с начала родов около трех стаканов крови. Роженица анемична в легкой степени, на матке 5 пальцев выше лонного соединения имеется перехват; размеры таза: *dist. troch.* — 30, *dist. crist.* — 28, *dist. spin.* — 25, *conj. ext.* — 18, *conj. diagon.* — $10\frac{1}{2}$. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на $3\frac{1}{2}$ пальца, воды стоят. Предлежит темя, малый родничок вправо и взад, большой родничок влево и вперед, стреловидный шов в правом косом,

головка над входом, ясное сердцебиение плода — справа, placenta в области зева не прощупывается. С чем мы имеем дело и что предпринять?

Ответ. Главным патологическим явлением данного случая является кровотечение. Другим осложнением является сужение таза незначительной степени. Кроме того, имеется порядочное замедление родов, но, как известно, в первом периоде при сохраненном пузыре это не представляет большого значения, особенно принимая во внимание, что сильные схватки в данном случае продолжаются лишь 4 часа. Благополучное окончание первых родов, равно и средняя величина плода (об этом ничего не сказано в задаче — следовательно, предполагается, что обстоятельства нормальны) заставляют относиться к данному сужению таза без большого опасения. Кровотечение в нашем случае, вероятно, обуславливается *низким прикреплением и частичным отделением последа*, хотя ощупать последний нам не удастся. Что касается перехвата, имеющегося выше лонного соединения, то с большой вероятностью можно утверждать, что это не есть контракционное кольцо, в виду отсутствия других признаков этого состояния. Против контракционного кольца говорит удовлетворительное состояние матери, нормальная температура и пульс и относительно короткая продолжительность (4 часа назад) сильных схваток до отхождения вод, круглые связки не напряжены. Считаю уместным для остановки кровотечения *разорвать пузырь*, прием для данного случая тем более показанный, что раскрытие зева здесь на $3\frac{1}{2}$ пальца у повторно-рождающей. Если эта мера устранил кровотечение, — будем выжидать дальнейшего естественного родоразрешения.

В. Прошло $2\frac{1}{2}$ часа; *сердцебиение плода замедлилось до 95 ударов вне схваток, состояние матери удовлетворительное, кровотечения нет.* При внутреннем исследовании находим: малый родничок вправо, большой родничок влево, стреловидный шов в поперечном размере; большой родничок несколько ниже малого; *головка во входе.* Зев на $4\frac{1}{4}$ пальца. Что делать?

Ответ. Новое осложнение в появлении опасности для жизни ребенка. Наиболее вероятной причиной его будет прижатие низко лежащей пуповины, недоступной исследующему пальцу. Другой причиной подобной асфиксии могут быть слишком продолжительные и сильные схватки, в особенности при неполном расслаблении матки вне схваток, следовательно, при наличии судорожных болей. В этом последнем случае хлороформный наркоз, приводящий родовые боли к норме, окажется спасительным для ребенка. Сила наркоза в таком случае должна согласоваться также и со свойствами сердцебиения плода. Мне приходилось наблюдать поразительные результаты подобной терапии.

Но в данном случае мало вероятия видеть причину асфиксии плода в сильных и частых болях, так как они в последние 2 часа не изменились, а между тем сердцебиение плода еще недавно оставалось нормальным. В сомнительных случаях показуется применение, так сказать, пробного хлороформного наркоза для выяснения причины асфиксии, хотя и при прижатии пуповины с ослаблением схваток может наблюдаться улучшение, но не столь резкое.

Итак, наиболее вероятно в данном случае — прижатие пуповины.

При низком прикреплении последа пуповина, естественно, находится также ниже обычного, следовательно, имеет больше шансов на дальнейшее опущение и даже выпадение.

При первых признаках затрудненного кровообращения у ребенка (мы узнаем по замедлению сердцебиения плода) должны быть приняты меры для устранения прижатия пуповины, подобно тому как это мы делаем при имеющемся предлежании пуповины.

Боковое положение или даже положение *à la vache* представляются здесь вполне рациональными. Само собой понятно, что выбор положения делается на основании контроля сердцебиения плода.

Имея в данном случае значительную и стойкую внутриутробную асфиксию плода, мы не можем рассчитывать здесь на полный эффект указанных приемов (т.е. на устранение асфиксии плода).

Тем не менее они могут быть применены, пока готовится радикальная операция, и, если бы состояние ребенка приблизилось к норме, было бы показано дальнейшее выжидание при тщательном наблюдении за состоянием ребенка, будучи наготове к всяким случайностям. Но шансов на такое улучшение очень мало и поэтому при остающихся явлениях асфиксии плода для спасения ребенка следует кончить роды и, так как головка уже опустилась во вход, — накладываем щипцы (а не делаем поворота). Операция щипцов будет довольно трудной, потому что здесь имеется высокое стояние головки (во входе). Щипцы наложим в поперечном размере таза, так что правая ложка будет прилегать к затылку ребенка, а левая к личику. Косое наложение щипцов представляется здесь нерациональным, так как головка при влечении во входе таза будет поворачиваться щипцами в косою размер его, что при плюском тазе невыгодно, не отвечая его нормальному механизму родов. Головку проводим чрез широкий отдел полости таза также в поперечном размере. При проведении через узкость таза мы должны помнить об естественном повороте затылка кпереди. Щипцы не только не должны противодействовать ему, но даже помогать; конечно, при этом приходится внимательно следить за состоянием мягких частей, устраняя травму последних щипцами. Иногда потребуется даже снятие щипцов и повторное их наложение. Это может иметь место, если головка трудно двигается вперед и особенно, если она не поворачивается затылком к лону и приходится помогать этому щипцами. Нередко они при этом скользят по головке и доходят до прямого размера, когда головка стоит еще в косом, тогда показуется их снятие и новое наложение. К тому же приведет и вертикальное их смещение, когда они сильно травмируют мягкие части. Само собой понятно, что новое наложение их будет произведено уже в ином размере таза, чем предыдущее, сообразно с новым положением головки. Косое наложение их я считаю предпочтительным при нахождении головки в полости со стреловидным швом, в районе поперечного или косою размера. В редких случаях, когда щипцы снимаются при прорезывании головки, возможно иногда заменить их способом *Kristeller'a* или выжиманием головки со стороны промежности.

Задача 30.

Многoroждающая, третья беременность, двое живых детей. Роды продолжаютс~~я~~ *пять часов*; воды прошли в начале родов. Врача пригласила акушерка в виду *плохого сердцебиения плода*. Констатируется следующее: состояние роженицы удовлетворительно; таз нормальных размеров; схватки через 3 — 4 мин. с продолжительностью в 1 минуту, *сердцебиение плода* при повторном исследовании оказывается *значительно замедленным*, а именно около 85 — 95 ударов в минуту, тоны ослаблены. Одновременно замечаем *примесь мекониума* в порядочном количестве к истекающим водам. При внутреннем исследовании находим: зев открыт *на три пальца*; предлежит правое *темя*; малый родничок влево и вперед; стреловидный шов в правом косом; большой родничок не достигается; *головка* подвижна и стоит *высоко над входом*.

Ответ. Наиболее вероятной причиной асфиксии плода в данном случае должно предполагать прижатие пуповины, хотя бы и не выпавшей. Шансы на спасение ребенка здесь не особенно благоприятны. Почему, если врач находится в неблагоприятных условиях частной практики (затруднительность хлороформного наркоза, недостаточность ассистенции, теснота и неопрятность помещения и т. д.), едва ли можно считать погрешностью, если он ограничится лишь мерами наиболее бережными для матери при прижатии пуповины, а именно, положением больной на бок или *à la vache*. Само собой понятно, выбор положения будет сделан на основании тщательного контроля сердцебиения плода, при каком положении оно делается наилучшим. Напротив, при благоприятных условиях, в особенности при настойчивом желании матери получить живого ребенка, если сердцебиение плода не улучшается и при положении роженицы *à la vache*, имея в виду его спасение, мы должны произвести поворот на ножку — с последующим извлечением. Нужно думать, что поворот нам удастся, так как, несмотря на то, что воды прошли 5 часов тому назад, головка при нормальном тазе подвижна и высоко стоит; а это обстоятельство говорит за то, что матка не сильно сокращалась и, следовательно, не тесно обхватывает плод. Поворот здесь удобнее делать левой рукой, так как мелкие части (ножки) находятся в правой стороне матки. Глубокий хлороформный наркоз, значительно облегчающий эту операцию вообще, в этом случае особенно необходим, так как облегчает поворот, ускоряя таким образом родоразрешение и уменьшает прижатие пуповины.

Если после тщательной оценки случая мы решили произвести немедленное извлечение вслед за поворотом, для большинства случаев представляется выгодным сделать предварительно насечки на зеве в 2 или 4 местах. Все же шансы на спасение ребенка едва ли будут больше 60%.

Задача 31.

Многoroждающая, настоящие 5-е роды продолжаютс~~я~~ *10 часов*. Состояние матери и ребенка хорошее. Таз *нормальный*. Акушерка пригласила нас потому, что не может констатировать предлежащей части. При внутреннем

исследовании находим: зев открыт совершенно; воды стоят; предлежит левый бок; прощупывается левая лопатка; спинка вперед, головка вправо, ягодичцы влево (следовательно, имеется *передний вид второго поперечного положения*). Что делать?

Ответ. Существенной неправильностью этих родов является поперечное положение плода. Целость пузыря при совершенном зеве будет здесь явлением благоприятным, так как облегчает исправление неправильности. Нужно превратить поперечное положение в продольное; с этой целью прежде всего прибегаем к наружному повороту, как к способу наиболее бережному. При данных нормальных во всех остальных условиях наружный поворот выгоднее сделать на головку. При ненормальных же отношениях (*placenta praevia*, узкий таз, наклонность к эклампсии, порок сердца и др.) поворот должно сделать на ягодичцы с последующим низведением ножки, чтобы иметь возможность в каждый момент окончить роды, как только явится для этого показание. При неудавшемся повороте на головку делаем попытку поворота на ягодичцы. Если наружный поворот не удастся, производим комбинированный поворот на ножку (полной рукой). По совершении поворота можно предоставить роды силам природы, если сердцебиение ребенка вполне хорошее, в противном случае немедленно производится извлечение. Отделение операции поворота от извлечения особенно строго должно проводиться у перворождающих и при недостаточно раскрытом зеве. При данных же условиях большинство практических врачей предпочитает немедленное извлечение.

Задача 32.

А. Многорождающая; роды продолжаются восемь часов; они наступили 2 недели раньше нормального срока; воды прошли три часа тому назад. Таз слегка общесуженный, плоский. Состояние матери и плода удовлетворительное. Акушерка пригласила нас потому, что не могла определить положение плода. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на $3\frac{1}{2}$ пальца; прощупывается левое ухо возле *promontorium'a* слева и сзади, спереди у лонного сочленения определяется стреловидный шов, личико обращено вправо (ушное предлежание); головка подвижна и находится над входом. Спинка констатируется нами в левой стороне матки. Что делать?

Ответ. Главным отклонением от нормы в данном случае есть крайне редкое и невыгодное для матери и плода вставление головки, так называемое ушное предлежание. Далее имеется незначительное сужение таза, которое имело бы еще большее значение при данном предлежании, если бы не сочеталось с неполной зрелостью плода. Кроме того, имеется небольшое замедление родов. Если бы не было в данном случае указанного предлежания, то предсказание дальнейшего течения родов было бы благоприятным. При этом осложнении оно сомнительно и поэтому мы прежде всего делаем попытку исправления положения головки комбинированными приемами со стороны влагалища и со стороны

брюшной стенки. Если нам удастся исправить положение головки и из ушного предлежания сделать теменное, дальнейшее течение родов мы можем предоставить силам природы.

В случае же, если вышеописанное исправление удастся, наилучшим средством будет применение *поворота на ножку полной рукой*. Применение внутриматочных приемов, имеющих целью исправление положения головки, представляется в данном случае менее выгодным, так как при введении руки в матку мы по необходимости вводим туда большее или меньшее количество воздуха, что может дать повод к разложению околоплодной жидкости. Это обстоятельство имеет тем большее значение, что роды вследствие узкости таза и относительной слабости маточной мускулатуры (один из моментов, обуславливающих различные неправильные положения плода) могут затянуться на довольно продолжительное время, между тем как при повороте на ножку роды кончаются обыкновенно в течение короткого срока.

Родные больной пожелали устроить консультацию в виду неблагоприятного прогноза для ребенка, поставленного лечащим акушером.

Через 2 часа.

В. Во время консультации положение найдено иным; исследующий палец находит: зев открыт на *4 пальца* с небольшим, стреловидный шов в поперечном размере и очень близко к *лонному соединению* (*Litzmann'овское склонение*), ухо едва прощупывается далеко кзади, головка находится во *входе*. Что делать?

Ответ. С изменением положения плода создались условия, при которых невозможен поворот, так как головка находится в настоящее время во *входе*. На основании того, что мы нашли при нашем вторичном исследовании, делаем заключение, что ушное положение в данном случае исправляется самостоятельно и с дальнейшим течением родового акта делается все лучше и лучше, так как переходит в теменное. В виду этого мы будем выжидать, в надежде, что исправление положения головки будет совершенное и что роды окончатся самостоятельно.

С. Прошло 2 часа. Положение головки то же, что и раньше, при чем последняя только очень немного подвинулась вперед. Зев открыт совершенно. Что делать?

Ответ. Принимая во внимание очень малое прогрессивное движение головки, находим уместным усилить маточные сокращения: назначаем внутрь *pituitrin*, хинин, советуем роженице походить, если она долго лежала и достаточно сильна, действуем на нее психическим путем, применяем массаж матки, производим выжимание плода по *Кристеллеру*. Одновременно легким давлением на головку над лонным соединением способствуем исправлению положения головки, т.е. отодвиганию стреловидного шва к *promontorium'u*. Случаи ушного предлежания, как известно, крайне редки и мне пришлось лишь один раз применить этот прием с положительным результатом. Если бы и после

этого роды в течение 8 — 10 часов не подвигались вперед, несмотря на применение вышеуказанных средств, а также хлороформного наркоза в течение $\frac{3}{4}$ — 1 часа, мы были бы вправе наложить щипцы при явлениях, угрожающих матери или ребенку, или если бы пришли к заключению, что и в дальнейшем маточные сокращения не приблизят роды к концу, щипцы мы наложили бы в поперечном размере. В подобных случаях головка, опускаясь в полость таза, приближается стреловидным швом к оси таза, превращаясь таким образом в обыкновенное затылочное предлежание.

Задача 33.

Многорождающая; роды продолжаются 12 часов. *Таз нормальный*. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на $3\frac{1}{2}$ пальца; предлежит темя; малый родничок слева и сзади; большой родничок спереди и справа, стреловидный шов в левом косом размере. Рядом с головкой, по обеим сторонам ее, прощупываются ручки: одна сзади и справа, другая слева и спереди. Во время внутреннего исследования *разорвался пузырь*, и головка, бывшая над входом, начала опускаться во вход. Что делать?

Ответ. I. Кроме предлежания двух ручек одновременно с головкой ребенка в данном случае представляется патологическим еще небольшое замедление родов. Кроме того, задний вид 1-й позиции заставляет ожидать и в дальнейшем несколько замедленных родов — потребуется больше изгоняющих сил на поворот головки около $\frac{3}{8}$ окружности.

В виду того, что родоразрешение при прохождении головки, сопровождаемой обеими ручками, возможно только в исключительных случаях, мы должны устранить это препятствие, прибегая к *вправлению ручек* сначала без усыпления, а в случае неудачи с применением хлороформного наркоза. Уже вправление одной ручки значительно улучшает дело, так как роды головки одновременно с кистью руки встречаются не редко. В виду того, что воды только что отошли и что головка еще недавно была над входом в таз, мы вправе рассчитывать, что вправление ручек в данном случае будет достигнуто.

II. Предположим, что воды прошли уже несколько часов тому назад и что вправление одной или обеих ручек не удалось. Что делать?

Ответ. Предоставить роды их естественному течению, ожидать дальнейшего раскрытия зева и только при появлении показаний со стороны матери или плода приступить к операции наложения щипцов. Само собой понятно, что в период выжидания могут быть применены все средства для усиления или урегулирования маточной работы, а равно и брюшного пресса, смотря по показаниям. Как наложить щипцы в данном случае?

Предполагая, что головка стоит во входе или в полости таза с малым родничком, обращенным влево и взад, с большим — вправо и вперед, щипцы могут быть наложены или в поперечном размере (это особенно рекомендуется мало-

опытным, редко оперирующим людям) или в правом косом размере, следовательно, в последнем случае, проводя левую ложку слева и спереди, приблизительно в области подвздошно-лонного бугорка, а правую — сзади и справа — в области крестцово-подвздошного сочленения. Ложки должны прилегать непосредственно к головке, ручка или ручки должны быть свободными. Выведение головки может произойти как в переднем, так и в заднем виде. При извлечении не нужно противодействовать совершающимся поворотам.

Частое размыкание щипцов после влечений здесь особенно показано, чтобы дать возможность головке свободно приспособляться к новым механическим условиям при ее движении вперед. Если затылок здесь повернется вперед, то может быть придется переложить щипцы (см. задачу 29), иногда же головка поворачивается в щипцах.

Задача 34.

Перворождающая. Роды продолжаются 10 часов; таз слегка суженный; воды только что прошли. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на три пальца; предлежит лобик; большой родничок спереди и слева; корень носа справа и несколько кзади; лобный шов в правом косом, приближаясь к поперечному размеру (*передний вид первого лобного предлежания*); головка над входом; она представляется значительно больше нормальной; кости черепа мягковаты; швы и большой родничок широки. Кроме головки в области зева прощупывается выпавшая пуповина, которая пульсирует. Что имеется и что делать?

Ответ. В этом случае имеется ряд ненормальностей, из коих главнейшая — hydrocephalus. Его существенные признаки здесь на-лицо: большая головка с очень широкими швами и широким большим родничком. Выпадение пуповины — другое важное осложнение, подвергающее ребенка большой опасности. Кроме того, лобное предлежание, небольшое сужение таза и несколько преждевременное отхождение вод делают случай особенно неблагоприятным для ребенка, почему шансы для спасения его ничтожны. Поэтому в подобных случаях главная забота врача должна быть сосредоточена на интересах матери. Так как головка находится над входом и кроме того у нас имеются: выпадение пуповины, hydrocephalus и лобное предлежание, то делаем поворот на ножку только в том случае, если количество околоплодных вод большое и подвижность плода значительна. Ягодичное положение плода будет благоприятно и в отношении hydrocephalus'a, при котором роды в ягодичном положении протекают более выгодно для матери и плода, и в отношении выпавшей пуповины, которая не будет придавливаться большой головкой. Что касается последующего извлечения плода, то при зеве, открытом на 3 пальца, как в нашем случае, даже при опасном состоянии плода делать его нет основания; не стоит подвергать опасности мать ради спасения ребенка, у которого имеется hydrocephalus. Только при зеве совершенно или почти совершенно открытом делаем извлечение на основании общих показаний к нему.

Нужно, однако, иметь в виду, что плоды с сильно развитым hydrocephalus'ом обладают малою жизнеспособностью и дают большую смертность в родах также и при ягодичном предлежании. С другой стороны, нужно хорошо помнить, что *hydrocephalus* особенно предрасполагает к разрыву матки, вследствие чего при трудности поворота нужно во-время отказаться от него, так как жизнь матери особенно здесь должна быть на первом плане. Таким образом, отказавшись от поворота вследствие его трудности, мы приступим к пункции троакаром головки плода, после которой предоставляем роды силам природы. При очень большой головке hydrocephalus или же при тесном обхватывании плода маткой лучше не делать даже попытки к повороту.

Еще раз отмечаю правило, что как щипцы, так и поворот при hydrocephalus'e противопоказаны, и их можно делать лишь при исключительно благоприятных условиях и при небольшой относительно головке.

Задача 35.

Многорождающая; 3-ьи роды, продолжаютс 4 часа. В начале родов началась тяжелая эклампсия, так как за это время у больной было 12 припадков. Пульс 100, t° 37,4. Все остальное нормально. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на два пальца, пузырь цел; предлежит задний отдел правого темени; малый родничок спереди и слева, большой родничок сзади и справа, стреловидный шов в правом косом размере, головка над входом. Что делать?

Ответ. Единственным, но крайне тяжелым осложнением родов является здесь запущенная тяжелая эклампсия. У многорождающих она протекает особенно неблагоприятно. Применяем интенсивное профилактическое лечение эклампсии: прежде всего, в виду частых припадков даем хлороформный наркоз в течение 20 — 30 мин., вместе с тем впрыскиваем 0,02 morph. sulphat. под кожу, под хлороформом переводим в отдельную покойную комнату, укладываем в подогретую постель на правом боку, покрываем теплыми, но не тяжелыми одеялами, прикладываем грелки к ногам и к области почек и делаем кровопускание из левой *venae mediae* в 400,0 — 500,0, смотря по телосложению больной. Уже через $\frac{1}{2}$ часа вводим per rectum 2,0 — 2,5 хлоралгидрата с 100,0 молока и 100,0 физиологического раствора поваренной соли, нагретых около 33° Р и устраняем всякие раздражения: световые, звуковые, тактильные, стремясь к тому, чтобы больная спала. Конечно, рот и нос больной должны быть тщательно очищены с поступлением больной и пузырь должен быть разорван уже при первом исследовании. Это мы делаем как правило у ш-рага при зеве, раскрытом на 2 пальца, а у I-рага — на 3 пальца, если, конечно, мы решили не делать поворота на ножку.

Если сердце больной достаточно сильно и работает удовлетворительно, в таком тяжелом случае мы произвели бы новое введение морфия под кожу уже

через час после введения хлорал-гидрата в дозе от 0,01 до 0,02 под легким хлороформным наркозом. При наличии предвестников припадка (метание в постели, сильная головная боль, определяемая по страдальческому выражению лица больной, напряженность пульса, фибриллярные сокращения отдельных мышц) мы применили бы хлороформный наркоз в промежутке между указанными введениями наркотических. 3,0 — 5,0, редко 10,0 хлороформа обыкновенно достаточно для успокоения и сна больной.

Как правило припадки прекращаются и мы продолжаем лечение по схеме со средними дозами, а в случае повторения припадков применяем наибольшие дозы и при нужде вводим их значительно чаще, чем это указано в схеме, а именно все указанное там количество морфия и хлорал-гидрата вводим в 14 час. вместо 21, при более энергичном применении хлороформа. Последний вводится обыкновенно с большим количеством воздуха и как правило без сопротивления больной. Приблизительное среднее количество его в течение суток 20,0 — 40,0 — 50,0.

Роды при эклампсии идут нередко нормальным темпом, а в тяжелых случаях даже иногда быстрее нормального. В результате через 6 — 7 часов в данном случае можно ожидать совершенного раскрытия зева и вступления головки в полость таза, когда можно легко извлечь ребенка щипцами.

Если бы была полная уверенность в смерти ребенка, следовало бы раньше произвести перфорацию головки плода и извлечение. Однако, должно заметить, что сердцебиение плода очень плохо выслушивается после многих экламптических припадков: шум, хрипы, стоны и движения больной этому мешают. К тому же, самое сердцебиение плода значительно слабеет. Поэтому, как правило, мы признаем плод живым, если до припадков и в начале их сердцебиение плода ясно определялось.

Вероятно, головка и в полости таза будет стоять, как указано в задаче. В таком случае щипцы могут быть наложены в поперечном размере таза, но лучше в левом косом, чтобы захватить головку в ее поперечном размере.

Первоначальные тракции делаются по оси того отдела таза, через который проходит в данный момент наибольший размер головки, а затем в том направлении, в котором головка легче всего движется вперед.

После извлечения плода желательно скоро закончить и третий период и если послед не выходит в течение 20 мин., делаем бережную попытку выведения его по *Crédé*. В случае неудачи не форсируем.

По удалении последа очень важно дать некоторое количество наркотиков, как правило, *per gestum*. Чем меньше промежуток от последнего припадка, чем яснее выражены предвестники припадка, тем большую дозу мы назначаем. В общем наркотическое лечение эклампсии *sub partu* мы применяем около суток после прекращения припадков и только при легких послеродовых эклампсиях сокращаем этот срок до 12 часов.

При наличии предвестников припадка и на второй день даем больной по 1,0 — 1,5 хлорал-гидрата через 8 часов (три раза в сутки).

Задача 36.

Многорождающая; роды продолжаются 30 часов. Воды прошли 20 часов тому назад. Температура роженицы 38,5, пульс 100 ударов в минуту. Она очень *измучена* родами. Сердцебиение ребенка глухое, 100 — 105 в минуту. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на $4\frac{1}{2}$ пальца, прощупывается бок плода, спинка кпереди, головка влево, ягодичы вправо (*передний вид первого поперечного положения*). Что делать?

Ответ. I. Главнейшим осложнением родов в данном случае является *запущенное поперечное положение*. Кроме того, имеется уже заражение женщины, а также опасное состояние ребенка, проявляющееся в глухом сердцебиении и редком пульсе и находящее объяснение в продолжительных родах с давно отошедшими водами и даже с явлениями заражения матери. Шансы на спасение ребенка здесь неблагоприятны, поэтому главной заботой нашей будут интересы матери. Бывают, однако, случаи, когда поворотом удается спасти ребенка и при более долгом отхождении вод. Все зависит от силы маточных сокращений и связанной с ними подвижности плода. Нужно иметь в виду, однако, что более энергичное применение мер для спасения ребенка связано здесь с более тяжелым предсказанием для матери. Глубоко захлороформировав роженицу, нужно сделать *попытку* произвести поворот на ножку для того, чтобы превратить поперечное положение в продольное, успех этого пособия в данном случае зависит от того, насколько плод подвижен и насколько матка сильно обхватывает его. Поворот мы производим левой рукой, следуя французскому способу — по боку плода до ножки; *если возможно, захватываем в данном случае обе ножки*; вслед за поворотом мы произвели бы извлечение.

В случае неудачи в производстве поворота мы прибегли бы к эмбриотомии, так как дальнейшее выжидание, представляясь совершенно бесполезным для ребенка, было бы опасно для матери. Единственно возможный путь для спасения ребенка — кесарское сечение, — противопоказано, так как, во-первых, температура матери повышена, во-вторых, сердцебиение ребенка глухое и у нас мало шансов на извлечение жизнеспособного ребенка.

II. Предположим, что поворот на ножку или лучше на обе ножки в этом случае не удался. Как нужно здесь произвести эмбриотомию и последующее извлечение?

Ответ. Если шейка плода может быть обхвачена нашей рукой, то следует произвести decapitationem при помощи крепких ножниц, эмбриотома или еще лучше с помощью пилы Gigli. Крючок Braun'a в данном случае опасен, будучи примененным непосредственно, так как плод доношенный, крепкий, еще не умерший, при котором требуется большая сила для разделения шейки крючком. Иное дело применение крючка для ускорения decapitationis, после предварительной частичной (не менее половины) перерезки шейки плода острыми инструментами. Здесь он значительно ускоряет дело, являясь безвредным для матери. Пилою Gigli разделение шейки производится в несколько десятков

секунд. После декапитации первым извлекается туловище плода, чаще всего за ручку плода, или ухватившись трезубцем за остаток шейки плода.

Головка извлекается обыкновенно легко при захватывании ее трезубцем за остаток шейки с одновременным введением одного или двух пальцев в рот ребенка.

Если шейка недоступна внутренней руке, эмбриотомия производят в форме *eviscerationis*, разрезая бок плода ножницами, эмбриотомом, ножом и удаляя внутренности и в особенности печень. В мало запущенных случаях, подобных разбираемому, вслед за *evisceratione*, делают попытку извлечения нижнего отдела плода, но это часто не удается и поэтому присоединяют *spondylotomyam*. В случаях очень запущенных лучше произвести *spondylotomyam* и по удалении внутренностей извлечение ягодичного конца, или сдвоенным туловищем, или даже рассечение всего туловища, с последующим извлечением сначала тазового, а затем и голювного конца.

Как лечить дальше этот случай? Ранее мы промывали матку дезинфицирующими растворами под низким давлением, заканчивая промывание 60 — 70° спиртом. В качестве дезинфицирующего употреблялась сулема (1 : 4000 — 5000), *Lysol* (1/2‰ — 3/4‰), марганцово-кислос кали (1 : 2000), борная кислота (2‰). В настоящее время мы этого не делаем, считая промывание матки и мало действительным и небезопасным средством. В самом деле, промывание сильно бактерицидными средствами, например сулемой или карболовой кислотой, прежде всего представляет известную опасность отравления. Далее, вероятность уничтожения бактерий в среде, богатой белковыми веществами, не особенно значительна. К тому же такое спринцевание может занести патогенных микробов в такие области матки, которые представлялись ранее совершенно нормальными.

Теоретически первым местом заболевания в матке будет по большей части ее шейка и нижний сегмент, которые и могут дать повышение t° , в то время как верхние ее отделы, особенно место прикрепления последа, могут быть свободны от заражения. Можно допустить даже, что лихорадка будет от пирогенных веществ самого яйца и что заражение локализуется только в яйце, с выходом которого матка останется на большом протяжении асептической.

Несомненно, что промывание матки может дать повод к занесению заразы из влагалища и шейки в область последа и даже способствовать проникновению ее в трубы и в зияющие кровеносные сосуды на месте отделения последа.

Все эти соображения вместе с клиническим наблюдением в отдельных случаях — улучшения состояния больной без промывания — принудили нас к оставлению промывания матки, ограничиваясь лишь влагалищными спринцеваниями. Последние имеют целью здесь — удаление многочисленных кусочков тканей плода, оставшихся там после эмбриотомии в сочетании с дезинфицирующим действием. Помимо указанных средств можно применить также *Lugol'*евский раствор иода в разведении 1 : 1000 — 1 : 1500 иода + 2 части иодистого калия. T° применяемой жидкости должна быть высокой (36,0—39,0).

Одновременно обильное применение сокращающих матку препаратов: *secale*, *pituitrin*, *gynpergen*, хинин. На последний мы смотрим также как на профилактическое средство против *sepsis'a*.

Задача 37.

Перворождающая. Роды продолжаются *пять часов*. Состояние матери *удовлетворительно*. Сердцебиение ребенка ясно выслушивается (140 ударов в минуту). Размеры таза: *dist. troch.* — 28, *dist. crist.* — 26, *dist. spin.* — 23, *conj. ext.* — 18, *conj. diag.* — $10\frac{3}{4}$. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на два пальца, воды стоят, пузырь тонкий; предлежит левое плечико; спинка кпереди; позвоночник — дальше от *promontorium'a* и ближе к лонному соединению; головка вправо, ягодицы влево (передний вид второго поперечного положения). Что делать?

Ответ. А. Ненормальным является здесь поперечное положение плода, осложненное — а, вероятно, и обусловленное — общесуженым тазом, а также тонкостью и, следовательно, легкой разрываемостью оболочек яйца. В данном случае необходимо превратить поперечное положение в продольное. Так как воды стоят и зев недостаточно раскрыт, то здесь может идти речь о применении наружного поворота. Но принимая во внимание, что при исследовании мы констатировали тонкость оболочек пузыря, — мы не решаемся на применение наружного поворота из боязни разрыва пузыря, последнее же крайне невыгодно для нас при зеве, открытом лишь на два пальца. В виду всего сказанного, положив больную на левый бок для уменьшения давления в передних водах, мы ничего не предпринимаем в ожидании большего раскрытия зева. (Leopold очень рекомендует в таких случаях введение кольпейринтера во влагалище, который, с одной стороны, ускоряет раскрытие зева, усиливая маточные сокращения, с другой же стороны, задерживает разрыв пузыря, представляя для него некоторого рода опору.) Как только зев раскроется до 3 — 4 пальцев, делаем попытку наружного поворота, в случае неудачи разрываем пузырь и делаем комбинированный поворот на ножку неполной или полной рукой (узкий таз противопоказует поворот на головку). Поворот делаем правой рукой, так как нам придется манипулировать в левой стороне матки.

В. Предположим, что воды прошли при зеве, раскрытом меньше, чем на 3 пальца. Как поступить тогда?

Ответ. Мы приступаем к повороту по Бракстон-Гиксу (неполной рукой). В случае же неудачи в совершении поворота по этому способу и невозможности ввести в матку полную руку, — мы вводим кольпейринтер в нижний сегмент матки с целью возможного задержания оставшейся околоплодной жидкости и скорейшего раскрытия зева. При достаточно раскрытом зеве исправляем затем поперечное положение поворотом полной рукой. Состояние ребенка определит, когда нужно сделать извлечение.

Другой образ действий в случае неудачи по Бракстон-Гиксу, все шире и шире применяемый мной, будет следующий: после тщательной дезинфекции полового канала произвести двуручное или одноручное растяжение маточного зева до возможности введения полной руки в матку и сделать поворот полной рукой. Двуручное растяжение мы производим, вводя указательные и средние пальцы обеих рук во влагалище и в зев, располагая правую руку в правой половине полового канала, а левую с тыльными поверхностями, обращенными друг к другу (перекрест рук). В течение 5 — 15 минут растягивания с небольшим промежутками зев раскрывается до желательной величины (на 1 — 2 пальца).

Первый способ более бережный, второй — более форсированный. Первый показан там, где нет основания спешить и где зев мало раскрыт и мало податлив, второй — где раскрытие значительно, зев легко растяжим и в особенности, где есть показание к более или менее скорому окончанию родов.

Растяжение зева одной рукой я производил преимущественно средними пальцами, которые развивают сравнительно мало силы. Американский профессор Whitridge Williams рекомендует введение и большого пальца. Я еще не применял этого приема, но несомненно, при этом можно развить значительно больше силы. Само собой понятно, что во избежание больших разрывов шейки растяжение должно быть бережным, в особенности при сильных схватках.

Задача 38.

Многорождающая; роды продолжаются 36 часов; воды прошли два часа тому назад; схватки умеренной силы; таз слегка суженный; температура роженицы 38,1; пульс 90 ударов в минуту. Приехавший врач при внутреннем исследовании находит: зев открыт совершенно, выпала левая ручка, за нею определяется довольно высоко бок плода, головка влево, ягодичы вправо, спинка назад (задний вид первого поперечного положения). Что делать?

Ответ. Главным осложнением родов в этом случае является поперечное положение. Кроме того, имелись слабые маточные сокращения, о чем мы заключаем по недавнему отхождению вод, по отсутствию растяжения нижнего сегмента матки и вколачивания в таз бока плода. Кроме того, повышенная температура указывает на опасность для матери и на желательность ускорения родов. Узкий таз, большая продолжительность родов, выпадение ручки — другие осложнения этого случая. Несмотря на то, что роды тянутся у нашей роженицы около 36 часов, следовательно, в $3\frac{1}{2}$ раза дольше нормального течения родов у многорождающей, мы думаем, что поворот в данном случае все-таки должен совершиться, так как воды прошли всего два часа тому назад, нижний сегмент матки не растянут и мать не представляется очень измученной. Наличие последних условий заставляет нас, как сказано выше, предполагать, что схватки раньше были не очень сильны и что ребенок может иметь еще достаточную подвижность для поворота. Повышение температуры

у роженицы изменяет наш план в том отношении, что по совершении поворота желательнее произвести и извлечение плода. Мы знаем, что лучшим средством для лечения заражения полового канала во время родов является скорое родоразрешение. Условия для извлечения здесь благоприятны за исключением легкого сужения таза, которое не может служить достаточным противопоказанием в данном случае к извлечению. Таким образом прибегаем к повороту на ножку. Поворот производим левой рукой, помогая правой снаружи. Конечно, для операции необходим глубокий хлороформный наркоз, как для всех поворотов со введением полной руки в матку. На выпавшую ручку очень полезно наложить петлю. По совершении поворота наркоз тотчас же прекращают, дабы извлечение совершалось при наибольшей работе матки и брюшного пресса.

Поворот считают совершившимся, как только колено показалось в области половой щели. Петля на ручке остается свободной до момента, когда вместе с туловищем должна выходить и ручка: влечение за петлю быстро освобождает ее.

Задача 39.

*Многорождающая потеряла порядочное количество крови; заметна анемия средней степени. Таз нормальный. Сердцебиение ребенка выслушивается ясно справа. Роды начались 3 часа тому назад, схватки умеренной силы через 5 — 6 минут по 40 — 45 сек. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на два пальца, шейка не вполне сглажена; в области зева на всем его протяжении прощупывается *placenta*, в то время как оболочки нигде не ощущаются; предлежит головка высоко над входом, спинка вправо (второе положение). Что делать?*

Ответ. Мы имеем в данном случае тяжелый случай предлежания плаценты, может быть даже центрального. Я называю этим термином такие предлежания, когда плацента при раскрытии зева на 3 пальца занимает всю область зева и оболочки не определяются. Выгодной стороной этого случая является относительно хорошее состояние больной и отсутствие кровопотерь в течение беременности. Ясное сердцебиение плода и только средней степени анемия дают основания к первому заключению.

А. Тампонируем марлей, смоченной (и выжатой) 70% спиртом или Lugol'евским раствором (1 : 1000 — 1500), шейку и своды влагалища, впрыскиваем под кожу $\frac{1}{2}$ шприца pituitrin'a для усиления болей и уменьшения кровотечения и выжидаем 4 — 6 часов, соображаясь с силой и частотой маточных сокращений, ожидая большего раскрытия зева. Когда зев раскроется до 3 — 3 $\frac{1}{2}$ пальцев, вводим полную руку во влагалище, отсепаровываем послед, доходим до оболочек, разрываем пузырь и производим поворот на ножку полной рукой. Извлечения в этом случае делать не нужно до совершенного или почти совершенного раскрытия зева (см. задачу 2). Желательно произво-

дить отделение последа с той стороны, где он прикреплен на наименьшем протяжении. Последнее обстоятельство иногда может быть определено непосредственным исследованием пальцем через маточный зев. В других случаях оно определяется исследованием через своды влагалища: там, где подлежащая часть прощупывается наиболее ясно со стороны свода влагалища, там именно нет плаценты. В редких случаях, на основании этого признака, уже одним наружным исследованием можно определить место наименьшего прикрепления последа над внутренним зевом. Кроме того, обыкновенно в том месте, где плацента прикреплена на наименьшем протяжении, она отделяется наиболее легко. Только в совершенно исключительных случаях мы не найдем таким образом оболочек и тогда показан разрыв плаценты и введение руки в полость яйца через это отверстие.

Место прикрепления плаценты определяется также по положению круглых маточных связок. Если плацента прикрепляется на передней стенке, она усиленно питается и развивается и круглые связки идут по бокам матки. Напротив, при прикреплении сзади они будут лежать резко заметно на передней стенке матки. Руководствуясь этими тремя признаками, почти всегда можно узнать, где плацента прикреплена на наименьшем протяжении.

В. Но не всегда кровотечение останавливается или, вернее, значительно уменьшается благодаря тампонации. Что делать, если через 30 — 60 минут оно снова возобновилось?

Величина кровопотери определяет образ наших действий. При незначительном кровоотделении следует ждать 2 — 4 часа, считаясь с силою маточных сокращений, имея целью достигнуть сглаживания шейки и раскрытия зева до 3-х пальцев, когда поворот полной рукой делается возможным. Если же кровотечение значительно, прибегаем к способу Вraхtоn - Нieks'a — повороту 2 пальцами, отыскивая оболочки по вышеуказанным признакам вблизи от края зева или даже, не найдя оболочек в исключительных случаях, прорывая послед корнцангом и проходя пальцами через сделанное отверстие.

С. В клиниках и больницах, в которых условия для больших операций благоприятны, в данном случае с полным правом можно было бы применить кесарское сечение, само собой понятно, с согласия больной. В самом деле, мы имеем здесь значительное и может быть даже центральное предлежание последа с порядочным кровотечением в раннем периоде родов и, главное, с живым доношенным ребенком. При предыдущих пособиях жизнь плода, как правило, теряется (0/0/70 смертности). Да и шансы для матери при указанных условиях и надлежащей хирургической опытности будут не менее благоприятны в отношении смертности. Главнейшие невыгоды кесарского сечения: 1) сращение матки с окружающими частями, 2) опасность разрыва при последующих родах, 3) уменьшение плодовитости, 4) грыжи и понижение работоспособности и 5) оставление в брюшной полости инородных тел. Можно найти и выгодные стороны для отдельных случаев: 1) возможность стерилизации у тбе и пожилых

многодетных женщин, 2) попутное удаление патологических образований в брюшной полости (опухолей, аппендицитис).

Какой вид кесарского сечения здесь более предпочтителен?

Влагалищное кесарское сечение, как правило, не должно применяться при *placentae praevia*, так как оно дает большую смертность матерей, иногда сопровождается ранением мочевого пузыря и большой смертностью детей.

Экстраперитонеальное здесь не имеет показаний, так как случай повидимому асептичен. Да и вообще значение этой операции в смысле меньшей опасности для матери является сомнительным, а для плода она несомненно менее благоприятна, чем кесарское сечение в нижнем сегменте матки.

Едва ли и цервикальное кесарское сечение с отсепаровкой мочевого пузыря выгоднее для матери, чем без таковой отсепаровки. Наиболее выгодным представляется кесарское сечение в нижнем отделе матки, где брюшина отличается особой устойчивостью в отношении инфекции и где операция наименее сложна и в то же время выгодна для ребенка.

Правда, здесь чаще можно встретить плаценту в области разреза, но при быстром оперировании, — а это *conditio sine qua non* при разрезе беременной матки, — это не имеет большого значения.

Несколько слов к технике кесарского сечения. Приступая к операции, впрыскивают шприц *ergotin'a* или *pituitrin'a*. Брюшная стенка разрезается, как при всякой лапаротомии, на протяжении 16 — 17 см (34 см окружность головки). Затем определяют место нахождения круглых маточных связок, желая провести разрез по середине матки, следовательно, на одинаковом расстоянии от указанных связок. Во избежание попадания крови и околоплодной жидкости в брюшную полость можно вложить между маткой и брюшной стенкой марлевые компрессы, чего можно и не делать при опытном ассистенте. Следует наиболее ответственный момент, так как при разрезе матки иногда наблюдается очень сильное кровотечение. Лучший способ уменьшить кровопотерю — быстро произвести разрез и извлечь ребенка. Рана наносится на протяжении около 16 см, при чем нужно помнить, чтобы не поранить плода. При вскрытии пузыря нужно следить, чтобы брюшная стенка прилегала к матке. Головка выводится или давлением на матку снаружи, или захвативши ее рукою. Некоторые применяют щипцы, но это затягивает дело — лучше увеличить разрез на 1 — 2 см и вывести рукою. При ягодичном предлежании извлекают за ножку. Если бы разрез матки находился более высоко, а тем более в дне (по *Fritsch'y*), извлечение за ножку представлялось бы наиболее выгодным.

Послед удаляется или по *Credé*, сжимая непосредственно матку, или через брюшную стенку, помогая при нужде потягиванием за пуповину, или отделяя рукою. Один из ассистентов тщательно осматривает послед, не осталось ли чего-либо. Кровотечение резко уменьшается при потягивании матки вверх за верхний угол ее разреза. Если оно значительно, тампонируют матку 2 — 3 компрессами, которые для усиления действия могут быть смочены эфиром. Убедившись в чистоте маточной полости, приступают к зашиванию, которое

производят или непрерывным кеттутовым, или узловатым шелковым в 3, а местами и 4 ряда. Первый ряд захватывает мышцу и часть слизистой, не проникая, однако, в полость матки. Второй захватывает остальную часть мускулатуры, при чем в наиболее толстых ее отделах может быть наложен и 3 ряд. Все закрывается непрерывным кеттутовым швом брюшины. Компрессы вынимаются из матки, когда рана имеет еще длину в 4 — 5 см. Затем следует очистка брюшной полости и закрытие брюшной раны непрерывным кеттутовым швом на брюшину, 2 — 3 глубокими швами, проникающими всю брюшную стенку, кроме брюшины, апоневротическими узловатыми шелковыми отдельными швами на клетчатку при большом ее развитии и серфинами на кожу.

Задача 40.

А. Многорождающая. Роды продолжаются 8 часов. Состояние матери и ребенка удовлетворительно. Таз нормальный. Схватки средней силы. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на четыре пальца; воды только что прошли и выпала большая петля пуповины; предлежит задний отдел правой теменной кости, малый родничок слева и спереди, большой родничок справа и сзади, стреловидный шов в правом косом размере (передний вид первого затылочного положения); головка стоит над входом. Что делать?

Ответ. Нужно сделать попытку вправления пуповины, но эта мера едва ли удастся, так как выпала большая петля ее. Если бы осторожное вправление пуповины не удалось, то мы находим показанным в данном случае поворот на ножку, рассчитывая, что ягодицы не будут придавливать пуповину так, как головка. Когда поворот на ножку совершен, мы делаем немедленное извлечение плода, так как условия для последнего в данном случае довольно благоприятны и так как обыкновенно плод в таких случаях находится в очень тяжелой асфиксии и имеет наилучшие шансы на спасение при быстром извлечении и соответственном лечении асфиксии.

В. Во время приготовлений к повороту головка опустилась в полость таза. Сердцебиение плода замедлилось до 90 ударов вне схваток. Что делать?

Ответ. Спасти ребенка в этом случае можно лишь немедленным извлечением его. Но так как головка уже в полости, то поворот производить нельзя и родоразрешающей наиболее выгодной операцией в таком случае будут щипцы. При очень благоприятных отношениях плода к родовому каналу у многорождающих иногда способ *Kristeller'a* может оказать большую пользу в подобных случаях. (См. задачи 19 и 26.)

Задача 41.

А. Многорождающая; из предшествующих родов некоторые были трудны. Настоящие роды продолжаются 20 часов. Схватки слабы. Размеры таза: dist. troch. — 31, dist. crist. — 29, dist. spin. — 26, conjug. ext. — 17; conjug.

diagon. — 10 (плоский таз). При внутреннем исследовании находим: зев открыт на 4 пальца, воды стоят, предлежат ягодичцы, спинка вправо и сзади, *dist. trochant.* — в левом косом; *ягодицы во входе*. Что делать?

Ответ. В данном случае мы имеем ряд осложнений родового акта: прежде всего имеется узкий таз, затем слабые боли. В результате родовой акт значительно замедлен. Кроме того, имеется задний вид ягодичного предлежания. Нельзя оставить без внимания также неблагоприятного течения предшествующих родов. Все вышеизложенное дает основание думать, что настоящие роды потребуют вмешательства искусства. Самое выгодное при осложненных ягодичных положениях — низводить ножку, но в данном случае ягодичцы уже находятся во входе, где низводимая ножка не найдет достаточного места, да и нельзя будет провести руку или два пальца около ягодич до ножек. Поэтому, решивши низвести ножку, первым делом акушера в данном случае будет, захлороформировавши больную, *сделать попытку отодвинуть ягодичцы из входа* (не разрывая пузыря) и только в случае удачи приступить к низведению ножки. Если бы ягодичцы остались стоящими во входе в таз, следовало бы оставить мысль о низведении ножки и *позаботиться об усилении маточных сокращений*. При совершенном зеве следует *разорвать пузырь*, и в случае показаний к немедленному родоразрешению со стороны матери или плода производим *влечение пальцем за пах*, в случае нужды с одновременным применением способа *Kristeller'a*, а в исключительных неотложных случаях применяем *крючок*.

Этот инструмент заслуженно пользуется дурной репутацией у акушеров, как производящий часто ранение плода, реже матери и поэтому применяется крайне редко. Способ его введения следующий: под хлороформным наркозом вводим правую или левую руку (первую — в левую половину таза, вторую — в правую), смотря по нахождению переднего паха, так, чтобы концы пальцев находились выше пахового сгиба, затем по руке вводим крючок до сгиба, переводим через него, встречаем конец крючка пальцами на внутренней поверхности бедра, низводим его, приближая по возможности ближе к туловищу плода, дабы не сломать шейку бедра, и производим влечение во время схватки, применяя одновременно способ *Kristeller'a*. Влечение должно быть производимо по оси того отдела полового канала, где проходят ягодичцы или в направлении наименьшего сопротивления (как при щипцах).

Задача 42.

Перворождающая. Роды продолжаются 9 часов, 6 часов тому назад больная подняла $1\frac{1}{2}$ годовалого ребенка, после чего вскоре появились резкие признаки острого малокровия; слабый и очень частый пульс, бледность покровов и слизистых оболочек; небольшое отделение крови из влагалища, резкое головокружение и головная боль. В моче имеется белок и цилиндры. Матка плотна, увеличена, болезненна при дотрогивании, контуры хорошо определяются. Таз следующих размеров: *dist. troch.* — 29, *dist. crist.* — 28, *dist. spin.* — 27, *conj. ext.* — 18, *conj. diagon.* — 11, сердцебиение плода нигде не выслуши-

вается. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на 3 пальца, воды стоят; предлежит левое плечико и бок, головка влево, ягодицы вправо, спинка назад (задний вид первого поперечного положения). Что имеется и что делать?

Ответ. Резкая анемия, слабый и частый пульс, напряженная, увеличенная, хорошо контурирующаяся и болезненная матка — все эти симптомы говорят за внутреннее кровотечение вследствие преждевременного отделения последа. В данном случае имеется также белок в моче, а преждевременное отделение детского места чаще всего бывает в начале родов, именно, при nephritis. Смерть плода — также один из важных признаков преждевременного значительного отделения последа.

Кроме указанных осложнений в данном случае имеется еще поперечное положение плода и порядочное сужение плоского рахитического таза, которое, вероятно, и вызвало неправильное положение плода.

Случай этот один из самых тяжелых (к счастью, и самых редких) в акушерстве, как потому, что предсказание для матери крайне неблагоприятно (30% смертности), так и потому, что терапия недостаточно установлена и подвергается широкой индивидуализации. Я должен отметить, однако, выгодные стороны данного случая: во-первых, прошло уже 6 часов со времени первых явлений внутреннего кровотечения, а больная еще в относительно удовлетворительном для подобных случаев состоянии. Кроме того, зев открыт уже на 3 пальца, следовательно, допускает возможность скорого родоразрешения.

Два настоятельных показания имеются в данном случае для врача: 1) остановить кровотечение и 2) изменить поперечное положение в продольное. Что касается первого, то прежде всего нужно установить: продолжается ли внутреннее кровотечение или оно уже остановилось. Признаки продолжающегося внутреннего кровотечения будут слагаться из общих явлений и из местных (маточных), а именно: пульс будет учащаться и слабеть, диспноэтические явления увеличиваться (обращать внимание на частоту дыхания), появится зевота, затем головокружение и обмороки, больная чувствует себя все хуже, ищет нового, более удобного положения, иногда появляется рвота; вместе с этим матка делается более плотной и большей; это последнее иногда констатируется даже измерением живота и матки, почему в таких случаях измерение должно производиться очень тщательно и повторно.

I. Итак, предположим, в данном случае мы признали, что внутреннее кровотечение прекратилось.

Больная тогда должна быть поставлена в условия, которые устранили бы новое отделение последа. Спокойное постельное содержание вместе с устранением механических инсультов на матку, в частности возможное ограничение и крайняя бережность наружного и внутреннего исследования — должны быть поставлены на первое место. Одновременно желательно повысить тонус матки, чего достигнем впрыскиванием pituitrin'a, применением легкого холода на матку (мешок с небольшим количеством льда, покрытый 2 — 3 слоями полотенца или салфетки). Резкое поднятие кровяного давления должно быть избегаемо, так как оно может обусловить новое кровотечение; оно показано лишь

в случаях, угрожающих жизни больной, или непосредственно перед операцией. Однако, кислотоватое питье по желанию больной вполне рационально. Ведение родов должно быть выжидательным до разрыва пузыря или до раскрытия зева, близкого к совершенному. Этим мы уменьшаем кровотечение из разрывов, которое здесь представляется особенно опасным при родоразрешении с недостаточно открытым зевом. По большей части состояние больной прогрессивно улучшается и при медленном естественном окончании родов (при нормальных положениях) в дальнейшем кровотечения не бывает и больная счастливо переносит это тяжелое осложнение.

В нашем случае немедленно после прохождения вод или при зеве, близком к совершенному открытию, нужно сделать поворот на ножку для устранения поперечного положения. Если бы кровотечения не было, роды затем можно было бы предоставить силам природы.

II. Предположим, что внутреннее кровотечение продолжается или началось после некоторого пребывания в одном положении. При вышеупомянутых условиях, когда зев раскрыт уже до 3 пальцев, немедленное бережное родоразрешение представляется наилучшим средством для остановки кровотечения, тем более, что оно не представляет особой опасности вследствие малой вероятности больших разрывов полового канала. Однако, имея в виду неизбежную новую потерю крови при операции, чтобы поднять кровяное давление у матери, надо быть наготове с впрыскиванием под кожу или в вену физиологического раствора поваренной соли. Для уменьшения мертвого плода вполне уместно в данном случае при извлечении сделать удаление внутренностей, когда из половой щели покажется живот, и произвести перфорацию последующей головки, если будет хоть малейшее затруднение в извлечении. Послед обыкновенно выходит в таких случаях вслед за ребенком, с большим количеством старых, черных кровяных сгустков. После его выхождения с особым вниманием следят за маткой и за кровоотделением для принятия самых быстрых и энергичных мер против кровотечения. Массаж матки, холод на нее, опорожнение мочевого пузыря катетером, горячее влагалитное спринцевание, подкожное впрыскивание pituitrin'a и ergotin'a или gynergen'a, наконец, введение руки в матку для удаления сгустков и для внутреннего раздражения ее с последующим впрыскиванием в нее горячей 39 — 40° Р воды — вот главные мероприятия против появившегося атонического кровотечения. Тампонация матки и влагалища является наилучшим средством при кровотечении из разрывов, не могущих быть зашитыми. Равным образом она может быть применена и при тех атонических кровотечениях, которые не остановились под влиянием вышепоименованных средств, в упорных случаях вместе со сдавливанием матки одной рукой со стороны брюшной стенки, низдавливающей ее в таз, в то время как другая при помощи куска ваты вдавлиывает промежность внутрь. Одновременно может быть произведено прижатие аорты.

Чем меньше был раскрыт зев и чем быстрее было произведено родоразрешение, тем больше шансов на разрыв шейки и влагалища, почему в таких случаях рекомендуется тщательный осмотр этих частей с зеркалами.

Задача 43.

Роженица с явлениями очень тяжелой *эклампсии*. До прибытия врача было 10 припадков. Кроме *экламптических* припадков наблюдается после 8-го припадка паралич правых конечностей, указывающий на существование мозгового кровоизлияния. *Многорождающая*, 40 лет от роду, десятые роды; предшествующие роды протекли благополучно. Последние были 1½ года тому назад. Настоящие роды продолжаются 3 часа. Таз нормальный. *Сердцебиение плода* ясно *выслушивается*. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на два пальца, края умеренно толсты, шейка сглажена, *воды стоят*, предлежит правый бок плода, спинка несколько кпереди, головка влево, ягодицы вправо; ближе к крестцу прощупывается правый локоть. (*Передний вид первого поперечного положения.*) Что делать?

Ответ. В этом случае имеется целый ряд крайне серьезных осложнений: очень тяжелая *эклампсия* у многорождающей (у них она протекает особенно неблагоприятно) сочеталась с мозговым кровоизлиянием и с поперечным положением живого плода. Шансы на спасение матери здесь неблагоприятны (°/о°/о50 — 60 смертности), тем больше внимания должно быть уделено ребенку, в особенности, если бы у данной семьи, несмотря на 10-е роды, не было детей. И интересы плода и интересы матери показывают здесь возможно скорое родоразрешение, так как новый припадок *эклампсии* может убить мать и ребенка, увеличивая мозговое кровоизлияние. Форсированное родоразрешение является здесь вполне показанным: оно представляется полезным средством для лечения *эклампсии* и прекращения припадков, оно устраняет натуги и может спасти ребенка. Какую форму родоразрешения применить в данном случае?

Мы можем произвести родоразрешение кесарским сечением *per coeliotomiam*, или *per vaginam*, или тупым путем расширить зев и извлечь плод через подготовленные таким образом родовые пути. Кесарское сечение *per coeliotomiam* может быть произведено с тем большим правом, чем тяжелее состояние матери, чем больше препятствий в половом канале для извлечения живого плода. В данном случае это последнее мы считаем самой выгодной операцией для матери и ребенка. Для первой потому, что эта операция устраняет потужную деятельность брюшного пресса, с которою связано повышение внутричерепного кровяного давления, а, следовательно, и вероятность большего кровоизлияния.

Худшее предсказание как для матери, так и для плода даст влагалищное кесарское сечение, так как при нем едва ли удастся избежать при извлечении ребенка потуг.

Только в случае невозможности произвести эти операции следует прибегнуть (напр. в частной практике, в деревне, при отсутствии ассистенции и надлежащих инструментов) к извлечению плода *per vias naturales* в глубоком *хлороформном наркозе*. В таком случае прежде всего для предупреждения припадков *эклампсии* впрыскиваем 0,02 *morphii murici* под кожу и вводим *per*

rectum 2,5 — 2,0 (смотря по крепости и сложению женщины) хлорал-гидрата с 100,0 молока. Производим хлороформный наркоз (NB. После упомянутого введения морфия и хлорал-гидрата хлороформа требуется мало) и производим одно- или двуручное растяжение зева до 3 пальцев, когда в матку уже можно ввести всю руку. При первом поперечном положении, когда ножки находятся справа, я предпочитаю вводить в матку левую руку, но не будет затруднительно здесь произвести поворот правой рукой (иное при задних видах). Разрываем пузырь и делаем поворот на ножку с последующим извлечением. Если состояние ребенка после поворота окажется удовлетворительным, то извлечение должно быть произведено медленно (в течение $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ часа) в виду препятствия со стороны недостаточно раскрытого зева. Если бы зев оказался неподатливым, и пальцами нам не удалось бы его расширить, мы имели бы право в данном случае, в виду необходимости окончить скоро роды, сделать на нем насечки.

После родоразрешения лечим lege artis мозговое кровоизлияние и эклампсию. Ради устранения припадков последней показано введение хлорал-гидрата 2 — 3 раза по 1,5 — 2,0, смотря по тому, имеется ли беспокойство у больной или она спит совершенно спокойно. Если больная потеряла при родах немного крови, в подобном случае показано обильное кровопускание в 500,0 — 800,0 и ради эклампсии и ради кровоизлияния в мозг. (См. задачу 5.)

Задача 44.

В больницу поступила *многорождающая*, имевшая 6 довольно тяжелых родов большими детьми, у которой были *раньше очень сильные схватки*. В настоящее время схваток нет: они недавно прекратились внезапно на вершине схватки, *пульс частый* (135 ударов в минуту, мало напряженный), t° 36,7. *Роженица крайне ослаблена* и очень измучена. Наружные покровы и слизистая оболочка очень бледны, небольшое кровотечение. Ощупывание живота, в особенности по бокам матки, *чрезвычайно болезненно*. Роды тянутся 20 часов, воды прошли 15 часов тому назад. Таз нормальный. *Сердцебиение плода не выслушивается*. При внутреннем исследовании находим: вялые спавшиеся края зева, легко растяжимые свисают во влагалище, предлежит левое плечико и левый бок очень подвижные, головка справа, ягодицы слева, позвоночник прощупывается ближе к лонному соединению. Что имеется и что делать?

Ответ. Сочетание симптомов в данном случае в высокой степени характерно: *поперечное положение* вызывает *сильные и продолжительные схватки* и преждевременное отхождение вод. Затем на вершине одной из схваток больная чувствует *прекращение характерной потужной боли* иногда с появлением другой, как бы *раздирающей боли*, после чего ее состояние резко изменяется, появляется *слабость*, нередко *глубокий обморок*, при *наружном кровотечении различной силы*, изменение в цвете покровов. Одновременно с этим больная *перестает чувствовать движения ребенка*, иногда после кратковременного уси-

ления их. В высокой степени важно также констатирование значительно увеличившейся подвижности плода, несмотря на предшествующую продолжительную и сильную родовую деятельность. Характерна также и болезненность всего живота, сопровождаемая впоследствии вздутием его, и особая болезненность одного определенного места матки, что в данном случае не отмечено, равно как не отмечено и чрезвычайно ясного ощупывания частей плода, как бы непосредственно под брюшными покровами.

Картина ясна — мы имеем дело с разрывом матки. Многочисленные трудные предшествующие роды сделали матку вялой и более ломкой, в результате поперечное положение. Сильные схватки, обусловленные патологическим положением плода, приводят к разрыву матки, который обыкновенно сопровождается прекращением родовой деятельности, но который и сам дает болевое ощущение, а также и от раздражения брюшины. Все это вместе с внутренним, а также и наружным кровотечением ведет к коллапсу, к побледнению покровов, к частому, трудно прощупываемому пульсу, наконец, к смерти плода, который уже не получает кислорода, вследствие недостатка крови в последе, а нередко и вследствие отделения его. Перед смертью плод может делать попытки внутриутробного дыхания и движений. Вслед за разрывом давление в матке падает и подвижность плода значительно увеличивается (предполагая, что он не был вколочен в таз). Раздражение брюшины излившейся кровью, меконием, околоплодной жидкостью ведет к вздутию и другим перитонеальным явлениям. В данном случае части плода не ощупываются особенно ясно под брюшными покровами, что дает некоторое основание думать, что плод еще находится в матке, и что отверстие разрыва не так велико.

Итак, диагноз в данном случае будет таков: мы имеем дело с разрывом матки при поперечном положении плода с мертвым ребенком. Роженица близка к коллапсу. Плод еще находится существенной частью в полости матки. Признаков заражения матери не имеется. Что делать?

При выхождении плода из матки в брюшную полость наилучшим лечением подобного случая было бы чревосечение. Но в данном случае плод находится в матке, и решение делается более затруднительным. Должно отметить, что начинающийся очень небольшой разрыв не дает тех симптомов, которые описаны в данном случае. Я наблюдал случай начинающегося разрыва, когда мышечная и слизистая матки были уже разорваны на 3—4 см, при целостности брюшины, ребенок был жив, схватки еще продолжались, хотя и в более слабой степени, резкой подвижности плода не замечалось, имелись лишь на-лицо: небольшое кровотечение, болезненность в области разрыва, крайне угнетенное состояние матери (при узком тазе с долго длящимися родами — было сделано кесарское сечение).

Очевидно, в нашем случае разрыв большой, и в нем имеется показание к производству лапаротомии. Иное дело, если диагноз не вполне точен или если по условиям окружающей обстановки произвести последнюю невозможно. Тогда наиболее выгодным для роженицы будет производство эмбриотомии; если шейка плода доступна, то в форме декапитации, а при недо-

ступном положении ее — в форме *evisceratio* и *spondylotomia* и даже расщепление плода на две половины. Последняя операция очень трудна и продолжительна, поэтому, сделавши попытку извлечь нижнюю часть плода после *spondylotomia*e, окончившуюся неудачей, следует взвесить обстоятельства, не лучше ли сделать поворот на ножку уменьшенного плода.

После извлечения плода *per vias naturales* следует обследовать матку полной рукой, после осторожной дезинфекции влагалища (низкое давление, свободный отток жидкости из влагалища), определить место разрыва, вложить тампон в самый разрыв и рыхло затампонировать матку и влагалище ксероформенной, иодоформенной (у крепких) или стерилизованной марлей (у очень малокровных). Живот следует крепко забинтовать, наложив предварительно свернутое туго в жгут полотенце кругом матки; если разрыв на передней стенке матки, представляется целесообразным согнутое положение больной, способствующее сближению краев разрыва. Дача *pituitrin'a* и *ergotin'a* очень полезна. Продолжающееся кровотечение особенно настоятельно требует производства чревосечения.

Само собой понятно, что против коллапса показывается применение обычных средств: низкое положение верхней половины тела и высокое — нижней, тепло на голову, возбуждающие средства, вливания физиологического раствора поваренной соли и пр.

Наличность большого разрыва или кровотечения дают показание к зашиванию его или даже к удалению матки при условиях, когда большая операция может быть выполнена.

Задача 45.

В больницу поступила *многорождающая*, у которой началось *кровотечение* из половых путей. Состояние роженицы удовлетворительно. Пульс и температура нормальны. *Плод не доношен* на 2 месяца (8-месячная беременность). *Сердцебиение* плода не *выслушивается*; движений плода не чувствуют ни мать, ни акушер. При внутреннем исследовании находим: зев пропускает $1\frac{1}{2}$ пальца, шейка не сглажена, на всем протяжении зева прощупывается *placenta*; наружным и внутренним исследованием определено, что имеем дело с поперечным положением, спинка спереди, головка слева, ягодицы справа (*передний вид первого поперечного положения*). Что делать?

Ответ. В данном случае имеем ряд патологических явлений: 1) небольшое кровотечение, начавшееся при появлении родовых болей, вследствие значительного, может быть, даже центрального предлежания последа. 2) Поперечное положение плода. 3) Смерть плода. Неконстатирование движений и сердцебиения плода *при повторном исследовании* есть достаточное основание к признанию смерти плода, конечно, только для тех случаев, где такое определение не представляется особенно затруднительным. При *hydranion'e*, при двойнях (если один мертв), при эклампсии, при очень толстых или отечных брюшных

покровах даже и опытному акушеру не всегда удается выслушать сердцебиение плода. 4) Преждевременное окончание беременности.

Показанием к немедленному вмешательству при данных условиях будет кровотечение, а в дальнейшем — поперечное положение плода. Что касается первого, то уже одно покойное положение больной и психическое успокоение может благотворно повлиять на кровотечение при предлежании последа *sub graviditate*. Но в данном случае идут роды (правда, они могут задержаться) и поэтому дальнейшее кровотечение является очень вероятным. В последнем случае необходимо *затампонировать шейку матки и влагалища и выждать* дальнейшего раскрытия зева; если бы кровотечение не прекратилось после тампонации — вынуть тампон и произвести поворот по *Braxton-Hicks'y*.

Если схватки и кровотечение прекратились, то по извлечении тампона после 8 часов пребывания его во влагалище можно было бы выждать начала родовой деятельности или при появлении нового кровотечения приступить к повороту по *Braxton-Hicks'y*, предполагая, конечно, что зев мало раскрыт. Правильно является, однако, что роды двигаются вперед. В таком случае, когда зев будет раскрыт пальца на три — *отсепаровать послед* на пространстве, достаточном для проведения руки, определив предварительно через свод, где послед прикрепляется на наименьшем протяжении (см. задачу 39), дойти до оболочек, *разорвать пузырь, сделать поворот на ножку* и предоставить затем роды силам природы.

Другой образ действий может быть здесь в применении способа *Braxton-Hicks'a*, т. е. в совершении поворота при мало открытом зеве комбинированными внутренне-наружными приемами, при чем в матку вводятся 2 пальца. Этот способ многими акушерами признается за наилучший при лечении предлежания последа. Я вижу главную выгоду его в том, что он скоро ведет к цели, т. е. по совершении поворота быстро останавливает кровотечение и к тому же в громадном большинстве случаев ведет к скорому окончанию родов. При тампонации кровотечение иногда повторяется, хоть и в ослабленной форме, и роды продолжаются значительно дольше.

Невыгода способа *Braxton-Hicks'a* состоит в том, что поворот не всегда удается или совершается с трудом. Травма шейки матки при этом бывает несравненно большая, чем при тампонации, а вместе с этим и шансы на последующее кровотечение, которое так опасно при низком прикреплении последа.

На громадном материале повивально-гинекологического института и приюта им. проф. Красовского могу сказать, что при применении тампонации жизнь матери была сохранена почти во всех случаях, почему этот способ я считаю вполне допустимым. Чем ближе открытие зева достигает 3-х пальцев, тем больше имеем права приступить к повороту на ножку без предварительной тампонации. Выгода немедленного поворота заключается еще и в том, что он может быть хорошо выполнен и при неблагоприятных условиях частной практики, где тампонация заставляет опасаться занесения инфекции.

Задача 46.

Многорождающая; десятые роды. Таз нормальный. Состояние роженицы удовлетворительно. Матка несколько вяла. *Воды только что прошли и выпала пуповина. Сердцебиение плода ясно выслушивается* справа немного ниже пупка. При внутреннем исследовании находим: пуповина пульсирует, шейка сглажена, зев открыт *на два пальца*, предлежит правый бок, головка вправо, ягодицы влево, позвоночник прощупывается ближе к promontorium'у (задний вид второго поперечного положения). Что делать?

Ответ. Мы имеем в данном случае два существенных патологических явления: поперечное положение плода с преждевременным отхождением вод и выпадение пуповины при мало открытом зеве. При оценке случая приходится обратить внимание также на вялость матки, на то, что имеем дело с женщиной, рождающей 10-й раз, следовательно, как правило, с податливой, легко растяжимой шейкой (о патологических изменениях ее не упомянуто, следовательно их нет); наконец, важно также сглаживание шейки.

Если бы зев был открыт в данном случае пальца на 3 и более, образ действий акушера был бы вполне определенным: нужно делать поворот на ножку; и при зеве совершенном или близком к совершенному делать извлечение, а при меньшем раскрытии делать извлечение лишь при показании со стороны плода или матери.

Не столь прост ответ при зеве, открытом на 2 пальца. В нашем случае самым рациональным приемом будет следующий: *вправить пуповину внутрь матки и двумя пальцами сделать поворот на ножку по Бракстон-Гиксу.* Если бы этот прием не удался, то мы должны были бы немедленно приступить к пальцевому расширению зева, чтобы затем произвести комбинированный поворот полной рукой. Вслед за поворотом нужно делать в данном случае извлечение лишь при появлении показаний со стороны ребенка или матери. В самом деле, воды только что прошли, матка вялая, следовательно, поворот будет не трудный, тем больше, что шейка сглажена и зев легко растяжим. Ручное растяжение зева должно сопровождаться здесь быстрым успехом, и даже извлечение плода может в иных случаях пройти без разрыва и с сохранением жизни плода. Во всяком случае шансы на более или менее глубокий разрыв шейки здесь имеются, и, следовательно, все должно быть приготовлено к его зашиванию. Если бы зев оказался ригидным и плохо растягивался под влиянием двуручного приема, можно было бы ввести в матку метрейрингер, вместимостью в 300,0 — 400,0 и ждать дальнейшего раскрытия зева. После его выхождения зев будет раскрыт более 3-х пальцев, и поворот полной рукой не встретит препятствий.

В клиниках и больницах можно рекомендовать иной образ действий, а именно, производство насечек на зеве, а в случае их недостаточности, — производство влагалищного кесарского сечения с последующим поворотом на ножку и извлечением. Шансы на спасение ребенка при этом значительно увеличиваются, почему этот способ при этих условиях и явится предпочтительным, если мать настаивает на получении живого ребенка и согласна на эту операцию.

Задача 47.

В больницу поступила роженица в крайне измученном состоянии, с температурой 39 и пульсом 110 ударов в минуту. Многорождающая, предшествующие роды протекали тяжело. Настоящие роды тянутся двадцать часов. Воды прошли в начале родов. Размеры таза: dist. troch. — 29, dist. crist. — 26, dist. spin. — 23, conjug. ext. — 17, conjug. diagon. — 10,5. Плод мертвый, так как ни сердцебиение, ни движение его не определяются. При внутреннем исследовании находим: зев совершенно открыт; предлежит правое темя, малый родничок влево и назад, стреловидный шов в левом косом размере, большой родничок не достигается. (Задний вид первого теменного предлежения.) Головка — велика, расположена большим сегментом над входом, головная опухоль частью во входе. Что делать?

Ответ. Мы имеем здесь ряд патологических явлений: долго длящиеся роды у женщины с значительным сужением таза, благодаря которому и ранее роды у нее протекали неблагоприятно. Кроме того, у нее высокая t° , хотя без указаний, что она находится в зависимости от заболевания в половом канале. Давнее прохождение вод склоняет к мысли о такой локализации. Со стороны ребенка существенное данное, что он мертв, и, следовательно, его интересы не могут быть принимаемы во внимание. Большая головка плода, еще стоящая над входом наибольшим сегментом, говорит, что естественное окончание родов представляется мало вероятным и во всяком случае не скоро наступит. Мало того, щипцы при таких условиях были бы операцией довольно тяжелой и опасной для матери. Все внимание мы сосредоточиваем на матери, так как плод мертв. Выжидать с окончанием родов у нас нет оснований, так как имеющиеся данные: общесуженный таз при крупном плоде, малое поступательное движение головки, несмотря на продолжительность родового акта после отхождения вод, неблагоприятное положение плода в заднем виде, неблагоприятное окончание предшествующих родов, — говорят за то, что роды силами природы едва ли окончатся. Помимо всего сказанного, повышенная температура роженицы указывает на какое-то присоединившееся заболевание, которое должно быть отнесено к заболеваниям полового канала, если в ином поражении нет объяснения такой t° , что в связи с измученным состоянием ее дает нам полное показание поспешить с окончанием родов. Наше вмешательство в этом случае может выразиться или в наложении высоких щипцов или в прободении головки плода. Наложение высоких щипцов могло бы иметь место лишь в случае жизнеспособности плода. Подвергать же опасности мать при наличии его смерти нет оснований. Итак, в данном случае следует немедленно произвести перфорацию головки с последующим извлечением плода пальцами или кранио-кластом.

Должно решить вопрос при несколько измененных условиях: t° в данном случае не 39° , а нормальная. Что делать?

В этом случае, руководствуясь лишь интересами матери, мы имеем достаточно показаний к перфорации головки мертвого плода. Дальнейшее выжи-

дание увеличило бы лишь страдание матери и шансы на появление новых симптомов, угрожающих ее здоровью и жизни, как-то: развитие эндометрита *sub partu*, прижатие мягких частей полового канала до образования фистул и, наконец, истончение нижнего сегмента матки до разрыва ее включительно. Операция перфорации при данных условиях представляет минимальную опасность для матери, устраняя возможность указанных осложнений.

Несколько слов к технике перфорации. Наиболее выгодным инструментом для этой операции я считаю перфоратор *Blot*. После тщательной дезинфекции наружных половых частей и влагалища кожа головки плода захватывается трезубцем (хуже двузубцем или пулевыми щипцами) под руководством пальцев руки, для фиксации головки, что представляет очень большую важность. В то же время снаружи ассистент фиксирует головку сверху. Перфорационное отверстие лучше делать в кости для более легкого удаления мозга и большего нарушения костей черепа. Под руководством пальцев левой руки проводят перфоратор к намеченному месту, в данном случае к правой теменной кости и держа его по возможности перпендикулярно к поверхности кости, постепенно вонзают в кожу и в кость, вращая в то же время вокруг продольной оси.

При очень крепкой кости, вонзивши перфоратор в кость, полезно несколько развести его бранши для увеличения отверстия, вслед за чем движение вперед идет обыкновенно значительно быстрее. Как только наибольшая окружность копья прошла через кость, инструмент быстро движется вперед, как бы соскакивает. Тогда его извлекают обратно, устанавливая наибольшую окружность в кости, и раскрывают бранши сперва в одном, затем в перпендикулярном направлении и в конце с раскрытыми браншами делают почти круг в кости относительно продольной оси инструмента, чтобы создать по возможности большее отверстие.

После этого вводят в полость черепа изогнутый маточный зонд, корнцанг, Ришело или металлический катетер и разрушают мозг и оболочки для более быстрого опорожнения. Далее вводят длинный изогнутый наконечник и вымывают мозг под сильным давлением. Не следует торопиться с окончанием этой процедуры, так как тщательное опорожнение черепа делает извлечение головки более легким.

Наложение краниокласта сообразуется с механизмом родов для данного таза и предлежания. Здесь имеется общесуженный таз, следовательно, затылок будет проводной точкой, а посему наружная ложка должна лежать на затылке. Перед наложением краниокласта очень рекомендуется тщательно осмотреть и запомнить, в каком положении и соотношении будет замок инструмента при надлежащем положении его ветвей на головке плода.

Сначала вводится наружная ложка как более ответственная, в данном случае, следовательно, сзади и слева на затылочную кость, затем внутренняя — в перфорационное отверстие. Замкнувши ветви, накладывают сжиматель и крепко завинчивают его, доводя рукоятки почти до соприкосновения.

Дальше следует влечение сначала, как правило, по оси того отдела таза, где находится наибольший размер головки (входа), а затем в том направлении, в котором головка движется с наибольшей легкостью.

При очень значительных сужениях таза приходится иногда выламывать отдельные кости и только тогда совершается извлечение.

В таких случаях и плечики иногда проходят с трудом, почему приходится делать рассечение ключицы или вывих ее. В одном случае и это не помогло, почему после отсечения головки была низведена ручка, потягиванием за которую быстро был извлечен плод. В единственном случае, который я наблюдал в первые годы моей акушерской деятельности, извлечение, *несмотря на широкий таз*, представило исключительную трудность. Головка оторвалась при влечении щипцами, после чего была низведена ручка, также скоро оторвавшаяся. Вторая ручка дала тот же результат, после чего была низведена ножка, также вскоре оторвавшаяся. При низведении последней ножки произведено обследование туловища плода, при чем установлены огромные размеры живота, почему сделана перфорация живота, выпущено значительное количество жидкости и только тогда туловище было извлечено. Осмотр плода показал общую водянку (чем объясняется такая легкая разрываемость тканей), ascites и большую печень. Трое предыдущих родов кончились также рождением мертвых детей. Большая имела лихорадочное течение около 2-х недель и вполне оправилась.

Задача 48.

Многорождающая; седьмые роды. Предшествующие роды были трудные; пять детей умерли вскоре после родов, один ребенок жив. *Состояние роженицы удовлетворительно.* Пульс и температура нормальны; маточные сокращения правильны. *Роды продолжаются десять часов.* Размеры таза: dist. troch. — 30, dist. crist. — 28, dist. spin. — 25, conjug. ext. — 17, conjug. diagon. — 10; следовательно, имеется *простой плоский таз.* *Сердцебиение плода* выслушивается *слева* и немного ниже пупка (142 удара в минуту). При внутреннем исследовании находим: *зев совершенно открыт, пузырь цел, предлежит левое (заднее) ушко (ушное предлежание, первое головное положение);* спинка слева, мелкие части вправо; *головка находится над входом, но подвижность ее невелика. Что делать?*

Ответ. Главным осложнением родов в данном случае является значительно суженный таз, обусловивший уже ряд ненормальных родов, очевидно, достаточно нарушивших структуру матки. Другое важное осложнение — ушное предлежание, одно из самых тяжелых в акушерстве. Хотя удовлетворительное состояние матери и плода как будто и не требует с нашей стороны немедленного акушерского вмешательства, однако мы могли бы надеяться, что произойдет произвольное исправление ушного положения лишь при вполне благоприятных условиях; принимая же во внимание наличие плоского таза (благодаря чему отчасти и образовалась эта ненормальность) и анамнез о плохом

течении предшествующих родов, — мы должны признать, что надежды на самоисправление в данном случае очень мало и что, следовательно, нам приходится предпринять пособие для того, чтобы не стать впоследствии в затруднительное положение. Известно, что роды при ушном предлежании более неблагоприятны, чем даже роды при лобном предлежании. Можно бы было при нормальном тазе попробовать исправить ушное предлежание в нормальное, как советуют Schroeder, Gottschalk и другие, но при существовании плоского таза мы вправе ожидать дальнейшего затруднения при прохождении плода предлежащей головкой. Поэтому считаем показанным при данных условиях *разорвать пузырь, произвести поворот на ножку* и сделать извлечение плода при появлении показаний.

Задача 49.

В больницу привезена больная в *коматозном состоянии*, у которой дома было *двадцать припадков эклампсии*. Пульс 130 ударов в минуту, температура 39. Наблюдаются явления начинающегося отека легких. Перворождающая; роды продолжаются пятнадцать часов. Воды прошли в самом начале родов. Таз нормальных размеров. Сердцебиение плода нигде с точностью не определяется. Матка сильно обхватывает плод. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на три пальца; прощупывается лобик и надбровные дуги — справа и спереди; большой родничок слева и сзади; лобный шов — между поперечным и левым косым диаметрами входа (*первая позиция, задний вид лобного предлежания*); головка — во входе. Что делать?

Ответ. Повышенная температура роженицы, частый пульс, частые эclamптические припадки и хрипы в легких — все говорит о большой опасности, грозящей матери. Для спасения ее необходимо немедленное вмешательство, имеющее целью скорое родоразрешение. О повороте здесь не может быть речи в виду того, что матка сильно обхватывает плод, кроме того, головка уже во входе и, следовательно, неподвижна, да и извлечение, следующее за поворотом, в данном случае было бы крайне затруднительно и опасно для роженицы вследствие недостаточно открытого зева. Остается — или наложение высоких щипцов, или перфорация. Наложение высоких щипцов при лобном предлежании — операция, очень тяжелая для матери, допустима здесь лишь тогда, когда мы убеждены или по крайней мере имеем много шансов, что получим живого ребенка; но отсутствие сердцебиения плода и бывшие многочисленные припадки эклампсии дают основание с большою вероятностью предполагать смерть плода (при эклампсии сердцебиение плода выслушать нередко очень трудно, так как, с одной стороны, шумное дыхание больной мешает выслушиванию, а с другой — и самое сердцебиение плода представляется иногда до чрезвычайности ослабленным).

Поэтому мы в данном случае вправе прямо *приступить к перфорации головки* под хлороформом и введя под кожу 0,012 — 0,015 morph. muriatic. Очень полезно предварительно сделать двуручное растяжение зева до 4 или лучше

до $4\frac{1}{2}$ пальцев, чтобы затем, удаливши содержимое черепной полости, *извлечь немедленно плод*. Кровопускания не делаем, если предполагаем скоро (1 — 2 часа) разрешить больную. Если бы кровоотделение при родах было мало, а припадки продолжались и после родов, тогда показано кровопускание.

Того же плана действий придется на мой взгляд держаться и при живом плоде, при данных условиях в частной практике, где желания и взгляды мужа и всей семьи роженицы могут влиять до некоторой степени на решение акушера. В клинике и в исключительно хорошо обставленных случаях в частной практике высокие щипцы при живом плоде при данных условиях заслуживают дальнейшего исследования. Что касается до наркотических, то они должны быть даны в меньших дозах, но достаточных для прекращения припадков. Минут через 15 — 30 после отхождения последа (смотря по сокращению матки и кровоотделению) я ввел бы в rectum 1,0 хлорал-гидрата с 200,0 жидкости (физиолог. раствор повар. соли + молоко апа), при улучшающемся пульсе через 1 и через 3 — 4 часа повторил бы эту дозу. (Мне казалось, что уже 0,75 и даже 0,5 хлорал-гидрата после предварительных больших доз хлорал-гидрата + morphii mur. + хлороформный наркоз уже давали некоторый эффект.) Продолжающиеся припадки дают показание к применению обычной шемы профилактического метода. Родоразрешение + кровопускание — столь могущественные факторы для прекращения припадков, что к средним дозам при перечисленных условиях едва ли придется прибегать.

Признавши в данном случае плод живым и решившись наложить щипцы — каким образом мы это сделаем?

Ответ. Щипцы мы должны наложить здесь в правом косом размере, т.-е. левая ложка пройдет у левого подвздошно-лонного бугорка и даже лучше немного ближе к лону, а правая ложка у правого крестцово-подвздошного сочленения слегка ближе к мысу. Ложки захватывают тогда головку с боков. В дальнейшем лобик будет поворачиваться кпереди, соответственно этому и щипцы будут приближаться к поперечному размеру таза. Прорезывание — как обыкновенно при лобных предлежаниях, пункт фиксации у лонной дуги — носик и верхняя челюсть.

Задача 50.

Перворождающая, 26 лет. Роды продолжаются 32 часа. Схватки сильные и часты, значительная болезненность нижнего сегмента матки. На два пальца ниже пупка прощупывается контракционное кольцо, круглые маточные связки очень напряжены. Температура роженицы 37,8, пульс 120 ударов в минуту, дыхание соответственно учащено. Размеры таза: dist. troch. — 30, dist. crist. — 26, dist. spin. — 23, conjug. ext. — 17, conjug. diagon. — 10,0, следовательно, таз общесуженный, плоский. Ребенок жив, сердцебиение его ясно выслушивается справа от пупка (140 ударов в минуту). Воды прошли 20 часов тому назад. При внутреннем исследовании находим: зев открыт

совершенно, большой родничок с трудом прощупывается слева, малый родничок справа, стреловидный шов в поперечном диаметре, головка над входом, на ней прощупывается большая родовая опухоль. Что делать?

Ответ. Высокое стояние предлежащей части после истечения вод, несмотря на сильные и продолжительные сокращения матки, чрезмерное растяжение нижнего сегмента и его значительная болезненность, учащенные пульс и дыхание, напряженные круглые маточные связки и высокое стояние контракционного кольца — достаточно указывают на опасность, угрожающую роженице, а именно, на подготовляющийся разрыв матки. Следовательно, имеется необходимость окончить роды. При этом мы должны избегать всяких мероприятий, могущих способствовать напряжению и без того сильно растянутого нижнего сегмента матки. В виду последнего обстоятельства, а также принимая во внимание раннее отхождение вод, мы считаем в данном случае поворот противопоказанным. Остается в интересах матери и ребенка прибегнуть к наложению щипцов на высоко-стоящую головку. (Считаю не лишним напомнить исследование д-ра Мацевского, по которому выжидательный метод ведения родов при узких тазах дает процент смертности детей меньший, нежели метод с применением профилактического поворота на ножку.) Если бы при осторожных тракциях щипцами нам не удалось ввести головку в таз, мы должны были бы тогда прибегнуть к перфорации с наложением краниокласта, — или при сильном желании матери иметь живого ребенка могли бы приступить к рассечению лонной кости (pubiotomie) или к экстраперитонеальному кесарскому сечению. Первая операция при данных условиях представляет значительную опасность для матери, во-первых, потому, что pubiotomia у перворождающих вообще опаснее, чем у многорождающих (разрывы полового канала и смежных органов наблюдаются у них значительно чаще и в большем размере), а во-вторых, такое продолжительное течение родов без вод с головкой, прижатой ко-входу, несомненно сильно травмировало бы нижний сегмент матки и сделало его более восприимчивым к заразе, которая, может быть, уже гнездится в нем в зачаточном виде. Последняя причина заставляет сдержанно относиться и к экстраперитонеальному кесарскому сечению. Кроме того, нужно иметь в виду самое важное — что ребенок в данном случае сильно травмирован (щипцами) и шансы на благоприятное развитие его в будущем не велики. А если мы примем во внимание молодой возраст матери, которая еще может иметь нескольких живых детей, то вся сумма данных склоняет в пользу операции перфорации с последующим извлечением.

Задача 51.

А. Многорождающая. Доставлена в больницу в состоянии резко выраженной анемии, чрезмерная бледность покровов, появившаяся, по словам больной и ее близких, в течение последних 10 — 12 часов, 2 — 3 обморока, дур-

нота, частый и слабый пульс (136 ударов в минуту) при небольшом наружном кровотечении, температура роженицы 36, *матка значительно увеличена* в объеме, плотна и болезненна. Маточные сокращения субъективно существуют, т.-е. больная чувствует их появление и прекращение, но объективно, вследствие постоянной плотности матки, они едва заметны, контуры матки хорошо очерчены, круглые маточные связки умеренно напряжены. *Движений плода мать не ощущает*. В области кишечника болей нет. В таком состоянии роженица находится двенадцать часов, когда начались роды. Размеры таза: dist. troch. — 29, dist. crist. — 25, dist. spin. — $23\frac{1}{2}$, conjug. ext. — 18. *Сердцебиение плода нигде не выслушивается*, что в связи с отсутствием движений его дает нам право заключить о смерти плода. При внутреннем исследовании находим: *зев открыт на $2\frac{1}{2}$ пальца*, края зева тонки, *пузырь цел*, предлежит темя, малый родничок слева, стреловидный шов — почти в поперечном размере, большой родничок не прощупывается, *головка стоит над входом*. Что имеется и что делать?

Ответ. Мы имеем в данном случае ряд патологических явлений: коллапс матери, смерть плода, анемию, узкий таз, характерную плотность и достаточно хорошую очерченность матки, наконец, сравнительно малое раскрытие зева и медленное течение родов. Из описанной картины резко выраженного малокровия мы видим, что у роженицы имеются все признаки обильного внутреннего кровотечения, которым, как известно, сопровождаются следующие патологические состояния беременности и родов: преждевременное отделение детского места, при котором кровь, изливающаяся из маточных сосудов, скопляется между маткою и отслоившеюся плацентою, разрыв матки, при котором кровь изливается в полость брюшины, и, наконец, отделение детского места и разрыв плодовместилища при внематочной беременности. Против разрыва матки говорят продолжающиеся родовые сокращения ее, ясно очерченные контуры растянутой матки, отсутствие свободной жидкости (крови) в полости живота, отсутствие раздражения брюшины. То обстоятельство, что мы ясно прощупываем части плода (головку) и пузырь при внутреннем исследовании и напряженные круглые связки снаружи по бокам матки, дает нам основание вполне исключить внематочную беременность. Таким образом, ясно, что мы имеем дело с преждевременным отделением детского места. Зная, как неблагоприятно отзываются на подобной больной новые потери крови, мы в данном случае должны самым тщательным образом наблюдать за состоянием матери, не имеется ли у нее признаков продолжающегося внутреннего кровотечения. Учащение и ослабление пульса и дыхания, более сильное головокружение, тошнота, усиление бледности, наконец, увеличение размеров матки и живота указывают на наличие кровотечения.

Я уверен, что pituitrin в лечении подобных форм будет иметь очень большое значение. Мною замечено, что разрыв пузыря в таких случаях благотворно действует и на остановку внутреннего кровотечения, и на ускорение родов *при наличии хороших маточных сокращений*. Впрыскивая pituitrin, мы их получаем, как правило. Поэтому в данном случае лечение

должно быть начато с впрыскивания $\frac{1}{2}$ шприца pituitrin'a и с разрыва пузыря. Нередко роды пойдут вперед при улучшающемся состоянии матери.

Если бы наблюдалось обратное, т.-е. ухудшение состояния матери, то показано скорейшее, но вместе с тем бережное родоразрешение. Прежде всего нужно поднять силы больной клизмой из физиологического раствора поваренной соли 200,0 — 300,0: дачей стакана кофе или чая. Затем, нужно расширить зев до возможности извлечения плода без больших препятствий с этой стороны. Наилучшим способом для этого будет здесь двуручное растяжение зева, посредством которого медленно и постепенно в течение 15 — 30 минут можно растянуть зев до $3\frac{1}{2}$ — 4 пальцев, после чего сделать перфорацию и медленное извлечение плода краниокластом. Если бы сглаживание шейки и раскрытие зева было менее значительно, можно было бы прибегнуть к влагалищному кесарскому сечению.

Иначе придется вести дело в том случае, если состояние больной не ухудшается, а остается стационарным. В таком случае нет надобности в очень скором родоразрешении, которое всегда связано с некоторой опасностью инфекции, кровотечения и шока. Нужно поддерживать лишь силы больной, следить за ней, ожидая раскрытия зева до 4 — $4\frac{1}{2}$ пальцев, когда следует произвести перфорацию. При неухудшающемся состоянии больной можно даже предоставить природе изгнание плода, если это совершится в течение 2 — 3 часов. В противном случае ускорить роды медленным и осторожным потягиванием пальцами или краниокластом.

В. Во время консультации зев раскрылся до четырех пальцев и головка прижалась плотно ко входу. Что делать?

Ответ. Применяем перфорацию плода и ведем роды, как сказано выше.

Задача 52.

Многoroждающая. Роды тянутся тридцать часов. Маточные сокращения сильны, часты и болезненны; пульс 130 ударов в минуту; температура роженицы 38,8; дыхание несколько учащено. Дно матки у мечевидного отростка; контракционное кольцо наблюдается около пупка (в косвенном направлении). Прощупываются напряженные круглые маточные связки. Роженица ощущает сильные боли в нижней части живота и очень беспокойна. Размеры таза: dist. troch. — 29, dist. crist. — 26, dist. spin. — 23, conjug. ext. — 17, conjug. diagon. — 9,5. Сердцебиение плода нигде не выслушивается. Воды отошли в начале родов. При внутреннем исследовании находим: зев совершенно раскрыт, предлежат лобные бугры, справа находится большой родничок; слева прощупываются надбровные дуги и корень носа; лобный шов в поперечном размере. Итак, имеется второе лобное предлежание. Головка — во входе, мало подвижна. Что делать?

Ответ. А. В данном случае имеется ряд тяжелых патологических явлений: роды продолжаются почти в три раза более нормы вследствие очень узкого таза и крайне невыгодного вставления ребенка (лобного). Результатом долгих и сильных схваток является растяжение нижнего сегмента матки и смерть плода. Рановременное отхождение вод и высокая t^0 составляют новое осложнение данных родов. Признавая, что головка находится во входе (я разумею всегда под этим термином стояние ее наибольшим размером во входе), мы констатируем, что значительная часть проталкивания плода при таком узком тазе уже сделана. Из данных задачи мы видим, что роженице грозит разрыв матки, и потому немедленное родоразрешение вполне показуется. *Немедленная перфорация головки и наложение краниокласта* будет, по нашему мнению, наиболее целесообразным акушерским пособием в данном случае. Применение щипцов должно быть отвергнуто в виду того, что имеется мертвый плод; для матери же последняя операция безусловно опаснее.

В. Предположим, что ребенок жив. Что мы должны делать при таких условиях?

В виду того, что головка наибольшим сегментом находится уже в области верхней узкости, есть много шансов, что мы вытащим щипцами ребенка и мы должны поэтому прибегнуть к их наложению. Если бы после применения 8—12 сильных тракций головка не спустилась бы в полость таза, следовало бы приступить к перфорации головки плода с последующим извлечением пальцами или краниокластом. Производство кесарского сечения в данном случае ради спасения плода крайне опасно для матери и должно быть отвергнуто. Менее опасна рубиотомия, но и к ней, по моему убеждению, не следовало бы прибегать после наложения щипцов при такой высокой t^0 . Опасность для матери очень значительна, а шансы на жизнь и правильное развитие ребенка не велики.

Как наложить щипцы в данном случае и как производить влечение?

При поперечном стоянии головки во входе общесуженного плоского таза в лобном предлежании приходится накладывать щипцы в косом размере таза, в данном случае в левом косом размере таза. Влечение должно делать по оси тазового входа, следовательно, под углом к горизонту в 30° — 60° , смотря по положению ног. Если бедра в горизонтальном положении, ось тазового входа пересекает горизонт под углом 55° — 60° , при запрокидывании бедер на живот положение таза меняется на 30° , и, следовательно, ось входа в таз пересекает горизонт под углом в 25° — 30° . Заслуживает внимания вопрос: можно ли допустить в подобных случаях (с резко растянутым нижним сегментом матки) способ Кристеллера, а также натуживание больной. Что касается до первого, то он в таких случаях строго противопоказан, так как увеличивает внутриматочное давление не только там, где производится давление снаружи, но и в других местах, где такого противодействия снаружи нет. Шансы на разрыв здесь резко повышаются.

Иное дело — работа брюшного пресса больной. При нем давление на матку равномерно со всех сторон, и ровно на столько повышается внутриматочное

давление; ясно, что такое воздействие не создаст благоприятных условий для разрыва и даже напротив, сочетаясь с маточными сокращениями, конфигурируя головку, будет способствовать при этом движению головки вперед и спадению нижнего маточного сегмента.

Задача 53.

Многорождающая. Роды продолжаются 20 часов. Воды прошли в начале родов. Схватки сильные, часты и болезненны. Резкая чувствительность в области мочевого пузыря (над лонным соединением). Имеется задержка мочи (наполненный и растянутый мочевой пузырь); выделенная катетером в большом количестве моча имеет кровавую окраску (кровавая моча). Температура нормальна; пульс ускорен. Роженица очень беспокойна и жалуется на сильные боли внизу живота у лонного соединения, сердцебиение плода, выслушиваемое справа и ниже пупка, — очень редкое (90 ударов) определяется не ясно. Размеры таза: dist. troch. — 30, dist. crist. — 27, dist. spín. — 24, conjug. ext. — 18, conjug. diagon. — 10,5. При внутреннем исследовании находим: зев открыт совершенно, предлежит левое ушко: затылок слева, личико справа; таким образом, имеется неправильное головное предлежание, а именно: ушное (заднее); кости головки твердые: швы мало заметны, головка сильно прижата ко входу в таз. Что делать?

Ответ. Грозные явления со стороны мочевого пузыря (кровавая моча), констатирование ненормального предлежания плода и большой головки его, наличность узкого таза и тревожное состояние роженицы — все, вместе взятое, говорит за то, что роженица подвергается большой опасности, равным образом плоду грозит близкая смерть. В то же время у нас получается несомненное представление, что силами природы живым плодом данные роды окончиться не могут. Первое пособие наше должно, очевидно, заключаться в *выпускании при помощи катетера мочи*. Но так как не в одной только задержке мочи мы видим причину отсутствия прогрессивного движения головки (величина головки, плотность костей, неправильность предлежания, узкий таз), то мы должны, следовательно, прибегнуть к более радикальному акушерскому пособию, а именно, к пробным высоким щипцам, а при их неудаче — к *перфорации с последующим наложением краниокласта*. Наложение высоких щипцов здесь позволительно лишь опытному акушеру в виду их значительной трудности и малой вероятности извлечь ребенка живым при указанных условиях. Щипцы в таком случае должны быть наложены в поперечном размере таза, производство влечения — как при всяких высоких щипцах. (См. предыдущую задачу.) Иногда большую пользу оказывает давление снаружи на часть, находящуюся над лоном, давление — вталкивающее ее в таз.

Если бы мать в данном случае настоятельно желала получить живого ребенка, должно было бы подумать об операции *pubiotomiae*, принимая, что извлечение щипцами при данных условиях давало бы мало шансов на спасение

ребенка, следовательно, если бы отношения между тазом и головкой были бы очень неблагоприятны и если бы головка, несмотря на сильную и долгую работу матки и брюшного пресса, не вступила бы во вход в таз. Обстоятельство, делающее здесь сомнительной операцию *rubiotomia*, имеется в резком ослаблении плода, который может умереть во время операции и тем сделать ее излишней.

Редкое и неясное сердцебиение плода в данном случае, вероятно, является следствием частых и сильных сокращений матки и сдавления пуповины и плаценты. Хлороформный наркоз должен дать благоприятный результат, если ослабление жизнедеятельности плода не зашло до непоправимых пределов. Итак, если сердцебиение плода при хлороформном наркозе делается отчетливым и ясным, *rubiotomia* возможна, в противном случае она нерациональна.

Задача 54.

Многорождающая. Предшествующие роды трудные вследствие большой величины плодов. Роды продолжаются целые сутки. Воды прошли пятнадцать часов тому назад. Температура роженицы 40, пульс 130 ударов в минуту. При перкуссии матки получается тимпанический звук. Из половых путей роженицы выделяется буроватая жидкость с зловонным запахом. Размеры таза нормальны. Схватки умеренной силы. Сердцебиение плода очень редкое, едва выслушивается слева и ниже пупка. При внутреннем исследовании находим: зев открыт совершенно; предлежит личико, прощупываются лобный шов, надбровные дуги, глазные впадины, нос, рот, челюсти и подбородок; подбородок, расположенный ниже лобика, находится слева и спереди, лицевая линия (или *linea paxalis*) находится в правом косом размере. Таким образом имеется второе лицевое предлежание. Головка круглая, фиксирована над входом. Что делать?

Ответ. Высокая температура и выделения из половых путей роженицы указывают с достаточной ясностью на имеющийся *endometritis sub partu*; сильный же зловонный запах секрета и тимпанический звук, получаемый при перкуссии матки, дают нам право предположить так называемую *tympaniam uteri*, образующуюся или вследствие вхождения воздуха в половые пути или вследствие разложения содержимого матки. Поставивши такое распознавание данного случая, мы естественно приходим к заключению, что роды должны быть немедленно окончены. Все данные задачи (имеющееся лицевое предлежание, крупные размеры головки и продолжительное стояние последней над входом при давно прошедших водах и раскрытом зеве) указывают на отсутствие прогрессивного движения плода. Последнее обстоятельство побуждает еще более спешить с окончанием родов. Оперативное пособие в данном случае может быть двоякое: пробное наложение высоких щипцов или перфорация головки. Чем сильнее жизнеспособность плода, чем меньше препятствий приходится преодолеть щипцами при родоразрешении, чем больше желание

матери подвергнуть свою жизнь опасности ради спасения ребенка, тем скорее врач должен сделать попытку извлечения *живого* плода щипцами. Обратные условия скорее приводят к выбору перфорации для данного случая.

Щипцы лучше всего наложить в данном случае в левом косом размере таза, т.-е. левая ложка будет лежать возле левого крестцово-подвздошного сочленения, а правая — возле правого подвздошно-лонного бугорка. Если 8 — 10 тракций не низвели головку в полость таза, показывается перфорация.

Что касается перфорации, то она лучше всего может быть произведена перфоратором Blot (или Феноменова, Негели) в глазную ямку, при чем острие перфоратора должно быть направлено к черепу. Заслуживает внимания вопрос, как должно накладывать краниокласт *post perforationem* при прохождении в череп через глазную ямку. Лучше всего внутреннюю ложку провести в полость черепа, а наружную в рот ребенка, или, если последний мало доступен, на боковую поверхность головки.

Задача 55.

Врач призван к больной *многорождающей*, потерявшей очень много крови, и находит ее в состоянии *сильной анемии*. Роды тянутся 15 часов; температура нормальная; пульс слабый, частый. Десять часов тому назад акушерка *порвала пузырь*, имея этим в виду остановить кровотечение. Но кровотечение продолжается. Таз имеет следующие размеры: *dist. troch.* — 29,0, *dist. crist.* — 27,0, *dist. spin.* — 23,5, *conj. ext.* — 17,0, *conj. diagon.* — 10,0. Ребенок мертв, так как сердцебиение его нигде не выслушивается и движений его мать не ощущает. Схватки средней силы. При внутреннем исследовании констатируется: *зев открыт на 3½ пальца*; предлежит переднее теля; затылок слева, стреловидный шов находится близко около мыса, спереди прощупывается кончик правого ушка. Таким образом имеется *резкое Naegele'вское* склонение. Справа и спереди прощупывается *губчатая масса placent'ы* (*placenta praevia lateralis*). *Головка тесно прижата ко входу*. Что делать?

Ответ. Главным патологическим явлением в данном случае является значительная потеря крови до сильной анемии матери, обусловленная частичным предлежанием плаценты. Кроме того, роженица имеет общесуженный плоский таз, обусловивший медленное течение родов и недостаточное поступательное движение головки вперед, которая к тому же установилась очень невыгодным размером, представляя почти ушное предлежание. Плод мертв.

Роженица подвергается опасности погибнуть от обильной потери крови, так как кровоотделение во все время родов не прекращается. Чтобы спасти роженицу, мы должны окончить роды как можно скорее, выбрав наиболее безопасную для нее операцию, а именно *перфорацию*; при чем ребенок игнорируется в данном случае, так как он мертв. *Совершив перфорацию, мы приступаем к медленному извлечению* перфорированного плода ($\frac{1}{2}$ — 1 час). Влечение однако должно быть настолько сильно, чтобы кровотечение было

прекращено благодаря прижатию частями плода области отслоившегося детского места. Быстрое же извлечение при *placenta praevia*, нередко сопровождающееся при несовершенном зеве разрывами его, как известно, может причинить немалый вред роженице новыми кровопотерями.

Задача 56.

Перворождающая, у которой наблюдается эклампсия (одиннадцатый припадок). Роды продолжаются восемнадцать часов. Воды прошли в начале родов. Температура нормальна, пульс ускорен. Таз имеет нормальные размеры. Схватки умеренной силы. Сердцебиение ребенка нигде не выслушивается. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на четыре пальца, предложит личико, ощупываются лобик — спереди и справа, нос — по средине, рот, челюсти и подбородок — сзади и слева; лицевая линия в левом косом размере. Имеется, следовательно, передний вид лицевого предлежания. Головка прижата ко входу. Что делать?

Ответ. Главным осложнением данного случая является тяжелая эклампсия и повидимому смерть плода. Относительно последнего пункта нельзя давать вполне определенного ответа при одном наружном исследовании, так как именно при эклампсии нередко сердцебиение плода не может быть констатировано вследствие беспокойства больной, ее хрипов и шумного дыхания.

Другими важными осложнениями являются: предлежание личиком с подбородком, направленным кзади, и ненормально высокое стояние головки.

Принимая во внимание, что роженицу несомненно можно облегчить от припадков эклампсии ускорением родоразрешения, очевидно, в данном случае вполне рационально *захлороформировать больную и применить перфорацию головки с последовательным извлечением плода.* Такая операция показуется здесь, если на основании всестороннего исследования мы признали, что плод мертв. Нужно заметить, что большинство акушеров считает противопоказанным наложение щипцов при переднем виде лицевых предлежаний и при живом плоде, но мы знаем случаи, где были наложены щипцы при переднем виде лицевого предлежания вполне удачно, и дети остались живыми. Поэтому, если бы плод в данном случае был жив, мы сделали бы попытку извлечь его щипцами, применив двойное наложение щипцов по *Seazoni* с поворотом подбородка вперед в полости таза. Такой план действий может быть применен только очень опытным акушером и без форсирования.

Само собой понятно, что по окончании родоразрешения, когда больная проснется от хлороформного наркоза без новых осложнений, ее следует лечить введением морфия и хлорал-гидрата в больших или меньших дозах (смотря по тому, имеются ли припадки эклампсии), равно и другими приемами профилактического метода.

Задача 57.

Многорождающая. Роды продолжаются около суток. Жалуется на головную боль и боли в правом боку. При аускультации и перкуссии легких констатируются явления крупозного воспаления. Пульс 120 ударов в минуту, температура 40; замечается сильное затруднение дыхания (одышка). Воды прошли в начале родов. Размеры таза: *dist. troch.* — 31, *dist. crist.* — 27,5, *dist. spin.* — 25; *conjugata externa* — 19; *сердцебиение ребенка* при самом тщательном повторном выслушивании не слышно. Схватки слабоваты. Матка тесно обхватывает плод. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на $3\frac{1}{2}$ пальца; предлежит темя; большой родничок прощупывается справа и спереди; малый родничок — слева и сзади; стреловидный шов в левом косом размере; головка стоит над входом, будучи прижатой к безмянной линии и почти неподвижной. Имеется, следовательно, первая позиция теменного предлежания с обращенным кзади затылком (задний вид). Что делать?

Ответ. Главным осложнением родов в данном случае является воспаление легких, обусловившее, вероятно, смерть плода. Кроме того, имеются слабые боли, рановременное отхождение вод и скуповатый таз, результатом чего является крайне медленное поступательное движение родов. Должно заметить, что диагноз смерти плода на основании отсутствия сердцебиения должен быть поставлен здесь с большой осмотрительностью, так как выслушивание у таких больных очень затруднительно. Диагностируя в данном случае воспаление легких при мертвом плоде, мы естественно приходим к решению о необходимости окончить роды скорейшим путем. Нужно думать, что с окончанием родового акта сердце освободится от излишней работы, и организм лучше справится с имеющимся легочным процессом. Итак, давши больной средства, возбуждающие сердечную деятельность, мы приступаем к немедленному оперативному вмешательству, а именно к перфорации головки с последующим извлечением плода. Щипцы представляются в данном случае неуместными, так как ребенок мертв и мы должны здесь принимать во внимание исключительно интересы матери, а для последней несомненно перфорация представляется операцией более бережной, чем высокие щипцы на головку, стоящую над входом в таз в заднем виде.

Задача 58.

Перворождающая. Роды, по словам больной, продолжаются трое суток. Больная очень измучена родами. Температура 38; пульс 90 ударов в минуту, среднего наполнения. Воды прошли два часа тому назад. Схватки, ранее слабые и редкие, в последние 12 часов сделались умеренными по частоте и силе, но болезненными. Размеры таза: *dist. troch.* — 30,5, *dist. crist.* — 27,5, *dist. spin.* — 25, *conjugata ext.* — $19\frac{1}{2}$. *Сердцебиение ребенка* выслушивается на уровне пупка (130 ударов в минуту). Матка заметно растянута в ширину.

Ощупывая ее снаружи через брюшные покровы, мы находим головку лежащую справа и ягодицы слева. При внутреннем исследовании находим: зев открыт совершенно, ощупываем плечико и лопатку; подкрыльцовая ямка расположена справа, лопатка у лонного соединения; таким образом, предлежит левое плечико и левый бок; спинка спереди, головка вправо, то-есть имеется *передний вид второго поперечного положения*. Что делать?

Ответ. Кроме поперечного положения мы имеем в данном случае следующие осложнения родов: слабые боли с крайне медленным движением родов и повышение t^0 . У перворождающих поперечное положение обуславливается по большей части узким тазом, почему в данном случае следует обратить тщательное внимание на внутреннее измерение малого таза. Известно, что роды при поперечном положении доношенного плода при средних размерах его туловища самостоятельно окончиться не могут. А так как в данном случае условия для выполнения комбинированного поворота с введением в матку полной руки имеются налицо, а повышенная t^0 и отошедшие воды заставляют не медлить с операцией, то и приступают к операции поворота. Хлороформный наркоз в данном случае должен быть глубоким, так как имеют дело с перворождающей, у которой к тому же воды прошли уже слишком 2 часа тому назад. На мой взгляд, при данном положении лучше внутренние манипуляции производить правой рукой, а наружные левой, так как ножки находятся с левой стороны.

В виду измученного состояния роженицы и повышенной t^0 (38), мы считаем вполне правильным *вслед за поворотом немедленно произвести извлечение младенца*, тем более, что зев здесь совершенно раскрыт. Если бы поворот на ножки не удался даже и после усиления наркоза подкожным впрыскиванием морфия (0,015) или если бы плод был мертв, а поворот был труден, мы вынуждены были бы произвести единственно рациональную в таком случае операцию — эмбриотомию.

Несколько слов к технике поворота. Обыкновенно делают поворот на одну ножку и лучше всего всегда на нижележащую, в противоположность мнению многих авторов, которые считают показанным поворот на вышележащую ножку при задних видах. Вот основания для признания этого мнения нерациональным. При поперечном положении нашей первой задачей должно быть исправление этого неправильного положения, грозящего матери смертью. А несомненно, что поворот на вышележащую ножку труднее, чем на нижележащую, так как плод при первом пособии будет не только переходить из поперечного положения в продольное, но и вращаться вокруг своей оси, переходя из заднего вида в передний, ради чего и дается такой совет. Ясно, что это сложное движение труднее и легко может не совершиться или повести к разрыву матки.

Кроме того, боязнь, что при низведении нижележащей ножки останется задний вид и после поворота — преувеличена. Обыкновенно спинка поворачивается вперед и при этом условии, а следовательно, нет основания затруднять для себя поворот.

Другой вопрос имеет здесь некоторую важность: не следует ли здесь сделать поворот на две ножки?

Поворот на одну ножку делают ради того, чтобы ягодицы вместе с одной ножкой сильнее растянули половой канал и создали более благоприятные отношения для прохождения последующих плечиков и головки. Это вполне правильно. Но там, где поворот труден, выгоднее, если это возможно, захватить и тащить обе ножки. Очевидно, что после выведения из матки двух ножек полость ее делается более свободной и поворот совершится скорее, и в данном случае, если бы поворот на одну ножку не удался, следовало бы сделать попытку захватить и вторую ножку и попробовать совершить поворот.

Задача 59.

Многорождающая, 38 лет. 11-я беременность. Предшествующие роды протекали от 2 до 9 часов, за исключением первых, которые продолжались очень долго. Таз плосковатый. Dist. troch. — 30,5, dist. crist. — 29, dist. spin. — 26, conjug. ext. — 18, conjug. diag. — 11,5. Настоящие роды продолжаются четырнадцать часов. Воды прошли час тому назад после искусственного разрыва пузыря при зеве совершенном. По анамнезу роды срочные; объективно плод несколько больше среднего размера. Наружным исследованием определяется второе продольное головное положение. Сердцебиение плода отчетливое, около 130 ударов в минуту. Между пупком и лонным сочленением в течение последнего часа ясно заметна борозда, особенно резко выраженная с левой стороны. Схватки, бывшие вообще довольно сильными, с момента разрыва пузыря усилились особенно резко. Роженица жалуется на постоянную болезненность внизу живота. По бокам матки, в особенности во время схваток, прощупываются довольно напряженные круглые связки. При внутреннем исследовании находим: зев открыт на 4 пальца (спался), легко растяжим; предлежит заднее темя, малый родничок справа и несколько кзади (при исследовании час тому назад головка стояла выше и малый родничок был обращен более кзади), большой родничок едва достигается с левой стороны, стреловидный шов в районе поперечного размера, слегка приближаясь к правому косому; головка стоит своим наибольшим размером еще несколько выше безымянной линии (затылочный бугор прилегает к безымянной линии справа, слева же к ней прилегает лобный угол большого родничка). Швы, роднички и кости черепа не представляют ничего ненормального. Головка при комбинированном исследовании представляется несколько больше средней величины; во время схваток она заметно опускается вниз и хорошо конфигурируется. Состояние роженицы в остальном удовлетворительно, пульс 80, t° 37,2. Она только возбуждена от непрерывной боли внизу живота. С чем имеем дело и что предпринять?

Ответ. Принимая во внимание появление борозды на матке между пупком и лонным сочленением в течение последнего часа при сильных схватках

и плоском тазе у рождающей одиннадцатый раз с одновременным напряжением круглых маточных связок, мы признаем в данном случае существование контракционного кольца. Нормальный пульс роженицы и относительно невысокое стояние контракционного кольца при заметном поступательном движении головки в течение последнего часа позволяют некоторое время выжидательно вести роды в данном случае, тем более что родоразрешающая операция (наложение высоких щипцов) здесь была бы сопряжена с значительной опасностью для ребенка. Течение предыдущих родов дает также основание к выжиданию. Поэтому обращаем внимание прежде всего на правильную и сильную работу брюшного пресса, в то же время следим за стоянием контракционного кольца. (Через 20 мин. после консилиума, на котором один из врачей настаивал на применении высоких щипцов, родился живой ребенок в легкой асфиксии с пуповиной, обвитой один раз вокруг шеи.) Способ Kristeller'a здесь противопоказан. Если бы роды не окончились в течение короткого времени (1 — 2 часа), и состояние больной сделалось более грозным, было бы показано наложение высоких щипцов.

Задача 60.

А. В больницу поступает роженица, имевшая ранее двое нормальных родов. На этот раз с началом схваток у нее появилось кровоотделение, отделилось приблизительно с $1\frac{1}{2}$ стакана. При исследовании найдено: шейка не сглажена, зев открыт пальца на $1\frac{1}{2}$, рыхлый. Головка над входом, подвижна, в лицевом предлежании. Роды недавно начались: пузырь цел. Детское место не прощупывается, сердцебиение ребенка удовлетворительно. Что делать?

Ответ. Прежде всего надо выяснить ненормальности данного случая и способы для их устранения. Здесь имеются два патологических явления: кровотечение и лицевое предлежание. Первое наиболее важно, между тем как лицевое предлежание при нормальном тазе и плоде средней величины не представляет сколько-нибудь серьезного значения и не требует особого вмешательства, за исключением разве попытки наружными приемами превратить лицевое предлежание в черепное. Наличие кровотечения заставляет с осторожностью отнестись в этом случае даже к этому приему. Точная причина кровотечения не всегда может быть установлена. Она может быть в данном случае результатом отделения низко сидящего последа или случайного разрыва крупного сосуда при отделении оболочек и расширении зева. Чаще всего дело идет в таких случаях об отделении низко сидящего последа, почему здесь наружные приемы исправления положения головки представляются невыгодными.

Итак, мы должны устранить главное патологическое явление данного случая — кровотечение. Первое и самое бережное пособие, хотя не всегда действительное, будет в данном случае покойное постельное содержание больной и психическое спокойствие.

Если это не помогает и кровотечение продолжается, следует испытать горячее спринцевание и впрыскивание pituitrin'a.

Другим превосходным средством был бы *разрыв пузыря*, который и следовало бы применить, если бы предлежало *темя или ягодицы*. Но в данном случае имеется лицевое предлежание, при котором выпадение пуповины и замедление родов наблюдается чаще, чем при первом вышеупомянутом предлежании, почему к разрыву пузыря можно прибегнуть лишь при несостоятельности других мер. Еще более решительной мерой было бы здесь применение *комбинированного поворота по Бракстон-Гиксу*, но при низко сидящем последе (без placenta praevia) разрыв пузыря в громадном большинстве случаев прекращает кровотечение, почему к повороту приходится прибегать крайне редко.

В. Больная была подвергнута указанному лечению. Наружное кровотечение прекратилось и вначале состояние матери и плода было вполне удовлетворительно. Схватки усилились, и спустя три часа появилось наружное *кровотечение*; больная несколько побледнела, а при выслушивании констатировано *отсутствие сердцебиения и движения плода*. Матка довольно плотно обхватывает плод. Что делать?

Ответ. Следует немедленно *разорвать пузырь*. Хорошо было бы к этому присоединить впрыскивание pituitrin'a, так как обыкновенно при низко прикрепленных последах бывают слабые маточные сокращения. Но в данном случае матка тесно обхватила плод, и есть основание бояться, что впрыскивание pituitrin'a может способствовать появлению судорожных болей, поэтому первое время наблюдаем и лишь при продолжающемся кровотечении впрыскиваем это лекарство. Много шансов, что кровотечение прекратится, и в таком случае при отсутствии новых специальных показаний мы можем ожидать нормального окончания родов. Дальнейшее продолжение кровотечения, значительное замедление родов, повышение температуры — каждое из этих обстоятельств давало бы основание к применению перфорации мертвого ребенка при плотном обхватывании его маткой. Конечно, желательно для этого получить раскрытие зева, по крайней мере, пальца на 3. Лучше всего перфорировать через глазную ямку, направляя перфоратор к черепу.

После разрыва пузыря кровотечение прекратилось и больная имела нормальные роды.

Задача 61.

В родильный приют поступает *многорождающая 4-м ребенком*, имевшая *предшествующие трудные роды*. При измерении таза определяется следующее: dist. troch. — 28, dist. crist. — 26, dist. spin. $25\frac{1}{2}$, conjug. ext. — 17, *conjug. diag.* — 10. Роды тянутся 25 часов, воды прошли 10 час. тому назад. При исследовании определяется первое положение, малый родничок обращен

влево, большой вправо, стреловидный шов в поперечном размере таза. Самое тщательное выслушивание *сердцебиения и движения* плода дает *отрицательный результат*, равным образом и роженица заявляет, что перестала чувствовать движение плода вскоре после отхождения вод, головка *над входом в таз, зев на три пальца*. Больную много раз исследовала повитуха. Матка в состоянии *непрерывного сокращения (tetanus)*. $T^{\circ} 38,3$, пульс 100. Что делать?

Ответ. Главными осложнениями родов в данном случае будут: смерть плода, общесуженный плоский рахитический таз с довольно значительным сужением, столбняк матки и повышение температуры у матери. Тяжелый анамнез, рановременное и уже давнее отхождение вод, длительные роды, многократное исследование повитухой, высокое стояние головки, малое раскрытие зева — все это делает существенно более тяжелым данный случай. В виду повышения t° , зависящей с большой вероятностью от происшедшего заражения, столбняка матки, длительных родов и несоответствия между данной головкой и тазом представляется желательным возможно скоро родоразрешить больную, а принимая во внимание, что плод в данном случае уже мертв и имеется несоответствие между ним и тазом, следует применить перфорацию под глубоким (в виду tetanus'a) хлороформным наркозом. Если во время операции зев расширится пальцев до 4-х, то можно произвести немедленное осторожное извлечение, с применением средств против тетануса матки (морфий, хлороформ).

Задача 62.

А. Перворождающая, у которой роды продолжаются 25 часов. Пособие подает акушерка сомнительной чистоты. Воды прошли в начале родов. Таз нормальный. Величина ребенка приблизительно средняя. Задний вид первого положения. Предлежание заднетеменное. Зев раскрыт на $4\frac{1}{2}$ пальца. Головка неподвижна во входе. $T^{\circ} 40$. Явления endometritis et vaginitis sub partu. Ребенок живой. Что делать?

Ответ. Патологическая сторона данного случая ясна: имеем дело с заражением во время родов. Что касается терапии, то выше было уже сказано, что наилучшим средством в подобных случаях является скорое родоразрешение, которое мы здесь и должны применить. Так как отношение между ребенком и тазом приблизительно нормально и головка своим наибольшим размером уже готова пройти верхнюю узкость таза, то мы имеем основание надеяться на извлечение живого ребенка щипцами, на которые, однако, как и на все высокие щипцы, следует смотреть, как на пробные. В случае неудачи, имеем основание прибегнуть к другой родоразрешающей операции, а именно к перфорации хотя бы живого ребенка, так как слишком мало шансов, чтобы женщина с endometr. sub partu et vaginit. при $t^{\circ} 40$ могла бы развить больше изгоняющих сил, чем их было развито при достаточно сильных влечениях щипцами.

Извлечение щипцами ребенка в данном случае должно быть производимо медленно, так как при этом будет наименьше ранений полового канала и, следовательно, меньше благоприятных мест для поступления инфекции.

Что касается наложения и выбора щипцов, то, на мой взгляд, было бы предпочтительно наложить щипцы прямые, так как, судя по положению плода при нормальном течении родов, малый родничок повернулся бы вперед (заднее тазовое отверстие представляется нижележащею частью плода). Если же мы применим щипцы с тазовой кривизной, то чтобы не идти в данном случае против природы, мы должны будем произвести двойное наложение их по С к а н ц о н и (первое наложение щипцов в правом косом; доведя головку до поперечного размера таза, когда малый родничок будет обращен влево, а большой вправо, снимаем щипцы и накладываем их в противоположном косом, т. е. в левом).

Прямые щипцы имеют здесь и то преимущество, что верхний отдел их ложится более кзади, способствуя таким образом сгибанию головки. Щипцы с тазовой кривизной также должны быть наложены более кзади, дабы не вызвать разгибания головки. Они захватывают область теменных бугров. Если бы движение головки пошло свободно, она могла бы быть извлечена в заднем виде. Если же мы замечаем ее тенденцию к повороту затылком вперед или если извлечение в заднем виде не совершается, следует при влечениях попробовать способствовать повороту затылка вперед. У многоорождающих это нередко совершается довольно легко и без больших травм; у I-para, напротив, нередко большие повреждения стенок родового канала.

В. Те же условия и явления встречаем у многоорождающей, имевшей 3-е нормальных, довольно быстро протекавших родов, а именно: первые роды продолжались у нее 13 часов, вторые 8 часов и третьи 6 часов. Что делать?

Ответ. В виду того, что больная только что поступила в лечебное заведение, и можно рассчитывать при данных условиях на скорое окончание родов, ставим больную в условия, благоприятные для последнего. Именно регулируем потужную деятельность, впрыскиваем pituitrin, применяем осторожный способ К р и с т е л л е р а, само собой понятно, после предварительного основательного промывания влагалища дезинфицирующим раствором—лучше всего раствором сулемы (1 : 3000). Если в течение ближайших 20—40 минут не будет заметно значительного движения родов вперед, нужно будет применить наложение щипцов. Должно отметить, что повышение внутриматочного давления неблагоприятно отзывается на распространении заразы, а тем более продолжительное. Такое изменение плана пособий мотивируется следующими соображениями: у многоорождающих с нормальным тазом и ребенком после прохождения головки через вход роды оканчиваются нередко в течение 1—2 десятков минут, и мы имеем основание, в виду предшествующих родов и условий данного случая ожидать именно такого скорого окончания родов. Щипцы здесь представляют довольно значительную опасность для плода, почему в интересах его и имеем право на некоторое выжидание.

Задача 63.

МногOROждающая 4-м ребенком. Настоящие роды продолжаются 15 часов, предшествующие роды нормальны. *Таз нормальный*. Зев раскрыт на 4 пальца. Воды прошли 6 часов тому назад. При внутреннем исследовании определяем: *головка велика*, стоит над входом, швы на головке плода представляют перепончатое пространство около $1\frac{1}{2}$ см ширины, роднички также велики. Положение первое продольное, передний вид. Большой родничок ниже малого. Малый родничок влево и вперед, большой родничок — вправо и взад. При наружном исследовании в нижнем сегменте матки определяется *очень большая головка*. Схватки умеренной силы продолжаются уже 12 часов. Боли внизу живота у матери появились, прогрессируя, часа три тому назад. Пульс у матери 110 ударов в минуту. Сердцебиение плода около 130 ударов в минуту ясно определяется в левой половине матки.

Ответ. В данном случае, очевидно, имеем дело с hydrocephalus'ом, так как значительная величина головки вместе с широкими швами и большими родничками представляют характерную особенность этого патологического состояния. Должно помнить, что именно при этой патологической форме нередко происходит произвольный разрыв матки во время родов, почему подобные случаи требуют особенно внимательного наблюдения. В нашем случае роды продолжаются уже несколько более средней нормы (8 — 12 час.), кроме того, имеются уже явления умеренного растяжения нижнего маточного сегмента, на что указывают непрерывные боли внизу живота, появившиеся в течение 3-х последних часов, и частый пульс матери. При hydrocephalus'е нередко разрыв матки происходит и без образования резко выраженного контракционного кольца, кроме того, дети по большей части нежизнеспособны. Итак, принимая особенно во внимание интересы матери в данном случае, мы приступаем к пособию, облегчающему дальнейшее течение родов, а именно к проколу головки троакаром. Уменьшивши головку, мы будем ждать окончания родов в течение 2—4 часов, а если бы ребенок не перенес этой операции, то приступили бы к перфорации и извлечению мертвого плода в интересах матери. Только в редких случаях при небольшой водяночной головке можно извлечь щипцами живого ребенка. Они могут быть применены лишь при головке, стоящей в полости таза, и без больших усилий. Нужно иметь в виду их легкое соскальзывание при подобной головке. Как правило, последние здесь противопоказаны.

Задача 64.

К врачу приходит беременная 8 лунных месяцев, 29 л., за выяснением вопроса, что ей делать в виду трудных родов, а именно: первые роды продолжались у нее 3 суток и были окончены в одной из специальных больниц Ленинграда щипцами, при чем получен мертвый плод. Вторые роды продолжались сутки и также были окончены щипцами с мертвым плодом в другой

специальной больнице. При исследовании таза больной найдено: *dist. troch.* — 31, *dist. crist.* — 29, *dist. spin.* — 27, *conj. ext.* — 17, *conj. diag.* — 9. Матка и плод отвечают средним размерам данного срока беременности. Положение и сердцебиение плода правильные. Шейка матки цела, зев как у повторно-беременных.

Ответ. Мы имеем, следовательно, в данном случае плоский рахитический таз, очень сильно суженный в передне-заднем размере. Анамнез крайне тяжелый: несмотря на специальную помощь больная все же родила мертвых детей. Кроме того, роды продолжались очень долго, что не могло не отразиться на структуре стенок матки.

Принимая во внимание значительное сужение *conj. verae* до 7,25 см, я предложил бы больной подождать конца беременности и с наступлением родов произвести в надлежащий момент операцию *rubiotomiae*, если наблюдение за течением родов покажет, что роды живым ребенком более бережным способом невозможны. Другая возможность — рекомендовать больной разрешиться при помощи кесарского сечения. Несомненно, шансы для плода при этом наилучшие, в то время как мать ставится в несколько худшие условия. Существенной невыгодой последнего при подобном узком тазе является прежде всего то, что следующая беременность и роды угрожают разрывом матки и будет необходимо повторение кесарского сечения. О других невыгодах сказано в задаче 39. Пубиотомия — напротив — как правило облегчает следующие роды и не угрожает разрывом матки.

Существенная выгода последней операции — производство ее поздно во втором периоде родов, когда мы с уверенностью можем сказать, что роды без таковой операции невозможны, в то время как при кесарском сечении мы производим операцию в конце беременности или в начале родов, когда предсказание об исходе родов при относительном сужении таза далеко не так точно.

Принимая во внимание молодой возраст женщины и в особенности если ей придется жить в глухой провинции, пубиотомия для нее представляется более выгодной операцией.

Третий план действий — менее рациональный на мой взгляд — был бы следующий: произвести искусственные преждевременные роды на 33-й неделе беременности. Считаю такой образ действий менее рациональным потому, что шансы на получение живого плода здесь очень малы. Надо указать отцу и матери, что вероятность на получение живого ребенка в этом случае менее 50%. Итак, если больная не пожелает подвергнуться операции *rubiotomiae* или кесарскому сечению или если условия для выполнения последней крайне неблагоприятны, можно произвести искусственные преждевременные роды.

Как выполнить последние в данном случае?

Самый простой и не сложный способ, хотя и ведущий к более продолжительным родам, — вставление бужей в полость матки. Для усиления их раздражающего действия смазываем их стерилизованным (прокипяченным в пробирке над спиртовой лампочкой) глицерином и позволяем больной по введению

ходить. В последнем случае буж производит легкое трение внутренней поверхности матки, что особенно сильно ее раздражает.

Процедура вставления следующая: бужи кипятятся 3 — 5 минут и погружаются в раствор сулемы 1 : 1000 на 12 часов, промежность сбивается и дезинфицируется по Fürbringer'y, влагалище вымывается мылом и обильно орошается и вымывается раствором сулемы (1 : 2000) при трении 2 пальцами, мочевого пузыря (а раньше и прямая кишка) опорожняется от содержимого, вставляются желобоватые зеркала, маточные губы захватываются 3 — 4 пулевными щипцами, канал шейки вытирается зондами Плейфера с ватой, смоченном спиртом, и затем бужи вставляются по передней или по задней стенке матки, смотря по тому, где не прикреплен послед. Это последнее узнается по ходу круглых маточных связок и труб. Ход их по передней поверхности матки говорит за прикрепление последа сзади, а при ходе по бокам матки — за прикрепление последа спереди. Влагалище рыхло тампонируется ксероформной или иодоформной марлей. Можно ввести бужи и под руководством пальца, но в таком случае правила асептики не будут вполне проведены, так как и канал шейки может оказаться не стерильным, и при проведении бужа через влагалище он может загрязниться. Самое введение бужа будет при этом более трудным, а проведение по передней стенке даже случайным, почему этот способ не должен применяться.

Более сильным и скорым способом явится вставление в матку небольшого кольпейринтера (100,0 — 150,0), что у многоорождающих может нередко быть сделано даже без расширения канала шейки Негар'ами. И здесь присоединяется рыхлая тампонация влагалища ксероформной или иодоформной марлей.

Бужи удерживаются в матке до появления сильных маточных сокращений и до раскрытия зева пальца на $3\frac{1}{2}$ — 4. Если в течение 24 час. эффект будет ничтожен, то показуется новое введение бужей или лучше кольпейринтера. Для введения этого последнего шейка представляется уже достаточно широко открытой. И с метрейринтером больная может прогуливаться по комнате. Как средства, усиливающие родовую деятельность, могут быть применены здесь также *chininum muriaticum* 0,5 — 0,6 и *pituitrin* в малых дозах.

В последнее время я нередко применял для вызывания родов разрыв пузыря, который, по моему мнению, особенно пригоден для случаев с терапевтическими показаниями (*nephritis*, *retinitis albuminurica*, *eclampsismus*, пороки сердца и проч.). Но и при узком тазе клиника Herff'a получила превосходные результаты на довольно большом материале (около 200 случаев). Но для столь большого сужения мне кажется этот способ неподходящим.

Задача 65.

В больницу поступает перворождающая 24/XI 1902 г., в 6 час: 50 мин. вечера. Ей 23 года, в течение беременности была здорова, но в настоящее время имеет небольшие отеки и много белка в моче. T° 37,3, пульс 76. Таз: dist.

troch. — 31, dist. crist. — 28, dist. spin. — 25, conjug. ext. — 21. Окружность живота 96, расстояние от лобка до пупка — 20, до дна матки — 36, до меча — 41. Последние регулы — 23/II 1902; первое движение плода — в июле. Роды начались в 2 часа дня. Зев на 3 пальца, головка в полости, воды стоят. Что делать?

Ответ. Единственным осложнением данных родов являются белок в моче и отеки. Все остальное благоприятно. Роды идут даже быстрее нормальных, так как за 4 ч. 50 м. зев уже раскрылся до 3 пальцев и головка в полости таза.

В виду большого количества белка этой больной полезно назначить ванну 29° Р 20 — 30 мин. после предварительного омовения под душем или в бане (при отделении). В виду возможности быстрых родов в ванне за больной неотступно должна наблюдать акушерка или врач. В противном случае лучше отказаться от ванны. После этого, если бы присоединились какие-либо другие предвестники эклампсии, как-то: прогрессирующая головная боль, заметно более подавленное, помраченное сознание больной и в особенности ослабление зрения, показан рановременный разрыв пузыря под хлороформным наркозом, а спустя некоторое время — даже впрыскивание морфия 0,012 — 0,015, смотря по величине и весу данной женщины. Кроме того, желательны устранить от больной насколько возможно всякие раздражения и ограничить до *minimum'a* как наружное, так в особенности внутреннее исследование.

Прошло около 5 часов с момента поступления. При внутреннем исследовании найдено: зев совершенный, головка в полости, пузыря нет, малый родничок влево и вперед, большой родничок вправо и назад, стреловидный шов в правом косом размере. Вслед за исследованием первый припадок эклампсии. Что делать?

Ответ. Так как родоразрешение щипцами в данном случае не представляет сколько-нибудь значительной опасности матери и плоду, а течение эклампсии после родоразрешения, как правило, улучшается (в 60% случ. припадки совершенно прекращаются), мы в праве немедленно приступить к наложению щипцов по обычным правилам под хлороформным наркозом. Щипцы могут быть наложены в поперечном размере, но лучше в левом косом. После родоразрешения должно профилактически ввести 0,03 morphii muriat. (в 2 приема по 0,015) и грамма 3 — 5 хлорал-гидрата дробными приемами с промежутками в 1 — 2 — 4 — 6 часов (см. задачу 5) при условии, что припадки не повторяются. Если бы они появлялись хотя бы и в слабой форме, лечение должно быть энергичным в течение 24 часов (см. задачу 5).

Задача 66.

К врачу приходит 33-летняя женщина на 7-м лунном месяце 5-й беременности. Первые 2-е родов были трудными, но дети родились живыми, первый при помощи щипцов. 3-и роды продолжались около 36 час., мертвый плод. 4-е

окончены перфорацией. Размеры таза: *dist. troch.* — 30, *dist. crist.* — 28, *dist. spin.* — 26,5, *conj. ext.* — 17,5, *conj. diag.* — 10,5. В остальном состояние удовлетворительное. Что посоветовать этой женщине?

Ответ. Мы имеем в данном случае порядочное сужение рахитического плоского таза с довольно тяжелым анамнезом относительно бывших родов. Шансы на рождение живого ребенка в срок очень ничтожны. Посему следует предложить больной произвести искусственные преждевременные роды около 35-й недели. *Conj. vera* в данном случае будет около 8,5 — 8,75, да и таз оказался достаточным для прохождения доношенных плодов при хороших схватках первых родов. Точный срок вмешательства определится из повторного наблюдения данной больной каждые 1 — 2 недели и из оценки отношений данного плода к данному тазу.

Предположим, что данная беременная не многоорождающая, а первоорождающая. Что ей делать?

Ответ. Женщины с приведенными размерами таза нередко очень хорошо рожают, поэтому следует рекомендовать ей ожидать нормального окончания беременности, советуя, однако, побольше гулять (но не до сильного утомления), что несколько влияет на уменьшение роста ребенка, а также и на лучшее развитие мускулатуры у матери, а также можно рекомендовать диету *Прохвника* (поменьше углеводов и воды, достаточное количество мяса, овощей).

Задача 67.

К врачу приходит 23-летняя женщина, нежного телосложения, малокровная, довольно истощенная. 1½ года тому назад у ней было сделано кесарское сечение. Таз: *dist. troch.* — 28, *dist. crist.* — 26, *dist. spin.* — 22, *conj. ext.* — 16, *conj. diag.* — 8,75. В настоящее время она считает себя беременной на 2-м месяце. Первый ребенок жив и хорошо развивается. Муж и жена крайне обеспокоены новой беременностью.

Ответ. Сужение таза здесь настолько значительно, что искусственные преждевременные роды не могут дать живого плода. Его можно получить только при помощи кесарского сечения, так как даже *rubiotomia* при таком сужении опасна для матери. Это обстоятельство должно быть поставлено на вид данной чете и если они не желают подвергать данную беременную риску этой операции, врач может произвести искусственный законный выкидыш; молодость, малокровие и истощение данной женщины, уже имевшей ребенка, особенно склоняют в пользу выкидыша. Конечно, желательно такое решение санкционировать консилиумом из трех врачей. Наилучшим способом искусственного законного выкидыша будет здесь расширение шейки матки после надлежащей дезинфекции *Негар'ами* (до № 13 — 14 для второго лунного месяца), и удаление яйца ложечкой и абортными щипцами с последующим выскабливанием тупой ложечкой остатков яйца и *deciduae*. *Ergotin* 0,05 в мышцу.

Как правило можно не тампонировать больную. Но если имеется поря- дочное кровоотделение, которое прежде всего заставляет думать о неполном удалении яйца, а в исключительных случаях может быть и без последнего, — тампонация на 5 — 6 час. показана. Можно рекомендовать ее и для тех слу- чаев, в которых у оператора является подозрение на неполное удаление частей яйца. Тампон будет вызывать более сильные сокращения матки и способствовать таким образом отделению остатков яйца. С другой сто- роны, длительно раскрывая шейку, он создает более выгодные условия для выхождения задержавшихся частиц во влагалище.

Задача 68.

В родильный дом поступает многорождающая, 25 лет. Первые роды были окончены у нее перфорацией, вторые — щипцами — мертвый плод, при про- должительности родов около 2-х суток. Плоды были тогда средних размеров. Состояние женщины в настоящее время удовлетворительно. Роды продол- жаются 3 часа, зев открыт на 2 пальца, воды стоят, шейка почти сглажена. *Dist. troch.* — 29, *dist. crist.* — 27, *dist. spin.* — 26, *conj. ext.* — 17,5, *conj. diag.* — 9,5. Плод живой, нормальный. Роды срочные. Головка над входом, очень подвижна. Больная и ее муж желают иметь живого ребенка.

Ответ. Главным и единственным осложнением родов в данном случае является общесуженный плоский рахитический таз с *conj. vera* около 7,5 — 7,75 см. Шансы на прохождение нормальной головки через этот таз малы. Предшествующие тяжелые неблагополучные роды показали, что таз обладает малой вместимостью и малой способностью к расширению. Поэтому больной и ее мужу следует заявить, что живой ребенок в данном случае может быть получен с большими шансами на успех лишь при помощи операций *pubiotomiae* или кесарского сечения. Первая операция в данном случае пред- почтительнее, так как мы имеем дело с многорождающей, родившей уже, хотя при помощи щипцов, плод средних размеров. И в данном случае мы можем рассчитывать получить живого ребенка при помощи этой операции.

Молодой возраст пациентки дает основание надеяться на многие после- дующие роды, которые после пубиотомии могут протекать более благоприятно, т.-е. оканчиваться силами природы. Способность женщины к зачатию при этой операции не уменьшается.

Напротив, кесарское сечение несколько более опасно для жизни матери, чем пубиотомия, но более выгодно для плода. Оно понижает чадородную спо- собность женщины, подвергает ее опасности разрыва матки при последующих беременностях и родах и при данном тазе обрекает ее на повторение опера- ции при всех последующих родах. Как было сказано выше, существенным преимуществом пубиотомии является также то, что она производится во II периоде родов после прохождения вод, когда мы гораздо более точно можем сказать, возможно ли в данном случае естественное родоразрешение или нет.

В случае согласия больной (мы стараемся по возможности получить согласие также и ее мужа) на применение *pubiotomiae*, наш образ действий будет следующий. Сделать несложные приготовления для производства этой операции, а именно приготовить обыкновенный операционный стол для акушерских операций, 2 остроконечных ножа (1 запасной), 5 — 6 пил Gigli с рукоятками, проводник для них, ватные шарики, стерилизованную марлю, обычную обстановку для дезинфекции промежности, лона и полового канала, резиновый бинт (можно применить обыкновенную резиновую трубку для Эсмарховской кружки) для стягивания таза после рассечения кости. Участвующих в операции должно быть 5 или 6 человек: оператор, 2 на ногах, хлороформатор, 1 на инструментах и 1 для плода. Операцию следует производить, если нет специальных показаний быстро окончить роды, при совершенном зеве, следов., в данном случае, где нет показаний спешить с родами, мы будем ждать совершенного раскрытия зева, ставя больную в наиболее выгодные условия в отношении асептики (редкое исследование одним человеком и др.), щадя пузырь. При совершенном зеве мы разрываем пузырь, снова производим оценку случая в том отношении, не может ли данная головка пройти через этот таз. Если бы мы склонялись в пользу такой возможности, то могли бы выждать еще 5 — 10 час. до убеждения, что шансов на рождение живого ребенка нет. Это выжидание, конечно, до некоторой степени невыгодно для ребенка.

Предположим, что в нашем случае после разрыва пузыря головка осталась стоящей высоко над входом, подвижной, с малым родничком, обращенным влево, большим родничком — вправо и стреловидным швом в поперечном размере таза, отношения оценены неблагоприятными, и, следовательно, решено произвести немедленно операцию *pubiotomiae*.

Опишу ход ее, как я произвожу в последнее время. Больная кладется на операционный стол и хлороформируется. Два помощника удерживают ноги (без ногодержателя, так как приходится двигать ногами), волосы на лоне и промежности сбиваются, кожа лона, низа живота, передних частей бедер и промежности дезинфицируется по *Fürbringer's* и смазывается *tinct. jodi*, а влагалище 2 пальцами с мылом, при непрерывном орошении раствором сулемы (1 : 2000). Затем ножом производим укол возле *tuberculum pubicum* к верхнему краю лона, стараясь разрезать апоневроз и мышцы. Вводим затем один, два пальца во влагалище и под контролем их продвигаем, как бы зондируя проводник (в последнее время я применял слегка видоизмененный мною проводник *Döderlein's*, сделанный Шапльгиным в Ленинграде), огибая лонную кость; для выведения его через кожу требуется небольшой разрез кожи в месте выпячивания проводника, на внутренней поверхности большой губы. Движение проводника производится вне схватки. Иногда для лучшего проведения требуется слегка оттолкнуть головку плода кверху пальцами из переднего свода влагалища. После проведения проводника надеваем пилу, протягиваем через канал, приспособляем рукоятки и, *не сильно натягивая* (пила иногда рвется) и держа ее плоско (т.-е. концы ее идут под углом примерно 120 — 140°),

начинаем распил, на который требуется $1\frac{1}{2}$ — 3 минуты времени. После распила полезно сжать область ранения шариками ваты или марли со стороны кожи и влагалища на 5 — 10 минут для остановки небольшого кровотечения. Тщательно следим за сердцебиением плода, так как пубиотомия, кажется, предрасполагает к асфиксии плода. Затем обвязываем таз большой резиновым жгутом, слабо натянутым, и предоставляем роды их естественному течению. При слабых болях впрыскиваем pituitrin. Если бы появилось показание со стороны ребенка или матери, нужно наложить щипцы. При данном положении и тазе лучше всего наложить их в поперечном размере таза. Обыкновенно головка очень легко проходит через распиленный таким образом таз. При естественном родоразрешении больная лежит без наркоза обыкновенно спокойно, без кровоотделения (если бы таковое наблюдалось, можно применить прижатие ватными шариками). При наложении щипцов поступают по обычным правилам.

После родоразрешения накладываем 1 — 2 шва на верхний укол ножом, покрываем его кусочком марли, которую и заливаем collodium'ом. Нижний укол оставляем незашитым на 3 — 4 часа для оттока крови из раны, таз связываем повязкой или накладываем аппарат проф. Отта для симфизиотомий; ноги связаны. Американский проф. Де Лее рекомендует фиксировать таз полосками липкого пластыря. Для усиления действия повязки полезно под боковые части таза положить валики, наполненные песком, рассчитывая на сближение краев распила. Уход за больной обычный — подмывание, спринцевание при показаниях, равно и катетеризация. Осторожное временное поворачивание на бок, конечно, под присмотром врача или акушерки, допустимо с первых же дней. Вставание с постели возможно в благоприятных случаях уже в конце второй или в начале третьей недели.

Задача 69.

А. Повторно-беременная. Первый ребенок мертвый, доношенный. Последующие роды — искусственные преждевременные, при чем все они закончены оперативно; ребенок от вторых родов жив до сих пор, от 3-х — умер 6-ти дней от роду, наконец 4-й родился мертвым. Таз: dist. troch. — 29, dist. crist. — 28, dist. spin. — 26, conjug. ext. — 17, conjug. diagon. — 9. Больная желает живого ребенка и пришла за советом на 7-м месяце беременности. Что делать?

Ответ. В виду крайне резкого сужения таза и неудачных предшествующих искусственных родов, рекомендуем больной дожидаться нормального срока родов и подвергнуться операции рубиотомия, на что больная согласилась. Так было с больной лет 15 тому назад. В настоящее время я рекомендовал бы ей кесарское сечение. Ослабление чадородной способности представляет некоторую выгоду для женщины, имевшей уже 5 родов. Ради педагогических целей оставляю задачу неизменной.

В. Роды начались в срок. Через 1 час при зеве, открытом на палец, прошли воды и выпала пуповина. Попытка вправления дала отрицательный результат. Сердцебиение ребенка замедлено до 100 ударов. Больная желает иметь живого ребенка. Что делать?

Ответ. Спасти ребенка можно при данных условиях лишь кесарским сечением, которое и следует предложить больной. Один подобный случай имел место в Повивально-Гинекологическом Институте и окончился вполне благополучно.

Считаю долгом отметить некоторые детали, важные для данного случая.

Окончательное решение о применении операции кесарского сечения должно быть сделано на операционном столе после дезинфекции брюшных стенок, так как состояние ребенка за время подготовки может настолько ухудшиться, что его можно считать потерянным. Особенно нужно иметь в виду бережную дезинфекцию брюшных покровов в частности с помощью tinct. jodi, так как грубое мытье их щетками способствует прижатию пуповины частью непосредственно, частью усилением маточных сокращений. В нашем случае сердцебиение плода несколько раз делалось настолько тихим, что, казалось, мы теряем ребенка. Но оно скоро восстанавливалось после прекращения схваток. В один из светлых промежутков был сделан разрез брюшной стенки и матки.

Прибавлю, что разрез матки в тех случаях, в которых послед прикрепляется на передней стенке матки (узнаем по ходу круглых связок), можно делать по Fritsch'y, то-есть вести его поперечно в дне матки от одного рога к другому. Такой способ можно рекомендовать лишь лицам, впервые делающим эту операцию. И кровотечение здесь бывает небольшое, и извлечение ребенка нетрудное, но послеоперационное течение менее благоприятно. Если мы производим кесарское сечение, то иногда следует предварительно поговорить с матерью, не желает ли она сделаться бесплодной. Конечно, постановка такого вопроса производится там, где повторение родов больше уже не желательно. Так в данном случае стерилизация особенно показана, ибо роженица уже 5 раз подвергалась родовой травме, имеет одного живого ребенка и, вероятно, будет иметь второго. На всякий случай желательно поставить вопрос отцу и о том, как поступить, если этот ребенок окажется мертвым или уродом. Стерилизацию мы производим клиновидной вырезкой трубы из матки и зашиванием образовавшегося ранения, или резекцией части трубы с погружением центрального конца ее под брюшину.

Задача 70.

В больницу поступает *первобеременная* на 3-м месяце. 4 дня тому назад она упала, а через несколько часов у нее появилась кровь сначала в небольшом количестве, а в последний день она потеряла ее около $1\frac{1}{2}$ стакана, при чем имеются боли внизу живота, а по временам и в пояснице. T° 38,2, запах

разложения в отделениях из влагалища. При внутреннем исследовании шейка частью сглажена и пропускает палец, ощупывающий часть яйца.

Что делать?

Ответ. Мы имеем дело в данном случае с выкидышем. Каких-либо других заболеваний, которые бы объяснили повышение температуры, — у больной нет.

Раскрытие и сглаживание шейки, смещение яйца, кровотечение, схваткообразные боли представляют полную картину этого патологического состояния. Нужно решить вопрос, имеем ли мы в данном случае дело с выкидышем угрожающим, который еще может быть задержан, или с выкидышем неизбежным, задержать который невозможно? В первом случае нам пришлось бы применить терапию успокаивающую, задерживающую выкидыш, во втором, напротив, терапию, ускоряющую выкидыш.

Следующие явления указывают, что выкидыш неизбежен:

1) смерть плода (в исключительных случаях она может быть констатирована и в первую половину беременности, когда при повторном наблюдении матка не увеличивается и когда в прошлом имелись обстоятельства, обуславливающие нередко смерть плода),

2) отхождение истинных вод или частей яйца,

3) значительное смещение яйца, по крайней мере до наружного зева, а тем более во влагалище,

4) разложение яйца в полости матки,

5) кровотечение, угрожающее жизни матери.

В нашем случае смещение представляется значительным, но еще допускающим в исключительных случаях обратное изменение. Однако здесь имеется разложение в половом канале с повышением температуры (38,2), что в связи с другими явлениями указывает на неизбежность выкидыша.

Итак, терапия в данном случае должна быть ускоряющая выкидыш. Наилучшим способом для этой цели является оперативное вмешательство, заключающееся в удалении яйца ручным и инструментальным способом, что производится следующим образом. После надлежащей дезинфекции промежности, нижней части живота и влагалища вводим зеркало Fritsch'a во влагалище, захватываем шейку пулевыми щипцами, дезинфицируем цервикальный канал Плейферами, смоченными спиртом, и так как канал шейки здесь достаточно открыт, удаляем яйцо абортными щипцами и кюреткой. Опытный акушер удаление подобного выкидыша может произвести исключительно инструментально, бережно относясь к матке, малоопытный выполнит операцию более совершенно, если будет делать ее под контролем пальца, что в данном случае представляется легко осуществимым в виду раскрытия шейки. В заключение остатки яйца удаляются тупой ложечкой и полость матки в виду повышения t^0 смазывается tinct. jodi, а при наличии обильного кровотечения или при сомнении в удалении всего яйца тампонируется иодоформной или ксероформной марлей на 5 — 6 час.

Считаем возможным произвести здесь немедленное удаление яйца только потому, что нет указаний на переход инфекции за матку. При явлениях

воспалительного состояния брюшины, параметрия или труб лихорадочный выкидыш лучше лечить выжидательно, т.е. держать больную в строгом постельном содержании со льдом на животе, с дачей ежедневно хинина по 0,5 — 0,6 раза два в сутки, следя за правильным опорожнением кишечника и дезинфицируя наружные половые части. При обильных или разлагающихся выделениях назначаются горячие (36 — 37°) влагалищные спринцевания дезинфицирующими растворами под низким давлением. Нередко такие выкидыши заканчиваются произвольно в течение ближайших дней. В остальных случаях, как правило, t° падает до нормы и после 2 — 3 дней безлихорадочного состояния производится осторожное оперативное удаление яйца или его остатков.

Другой образ действий представляется менее выгодным, как менее быстрый, но который допустим при отсутствии надлежащей обстановки и средств к немедленному окончанию выкидыша. Это — тампонация влагалища иодформной марлей после предварительного горячего спринцевания и с последующим назначением хинина (0,5 — 0,6 chinini muriatici) 1 — 2 раза. Такой прием существенно ускоряет течение выкидыша, а нередко и заканчивает его в течение 12 часов.

Задача 71.

Довольно истощенная беременная в конце 3-го месяца. Предшествующие двое родов, как и послеродовое состояние, благополучны. Эту беременность чувствует себя особенно плохо. Тошнота и рвота сильнее прежнего, по временам чувство боли внизу живота, а также особенной полноты. Около месяца как больная кровоточит, последнее время по временам в обильном количестве. Матка пальца на 2 ниже пупка, шириною как в 5 месяцев беременности. Движения и сердцебиение ребенка не определяются. Матка напряженнее обычного, местами как бы уплотненная. С чем имеем дело и что предпринять?

Ответ. Диагноз в данном случае на основании приведенных данных не может быть установлен с точностью. Такую картину могут дать следующие состояния: А. Пузырный занос, который более всего отвечает приведенным симптомам, но диагноз которого с полной точностью может быть поставлен лишь при отхождении пузырей или с большей вероятностью после некоторого наблюдения, которое устанавливает, что увеличение матки прогрессирует несоответственно сроку беременности (значительно быстрее). В описанном случае мы имеем налицо большую часть характерных явлений пузырьного заноса, а именно: а) значительно большая величина матки для данного срока беременности; б) появление кровотечений уже несколько недель; в) более тяжелое течение беременности как результат усиленного растяжения матки; г) истощение больной, как результат 2 и 3, и е) неравномерная плотность стенки матки и в особенности значительная напряженность ее. Однако, при

первом осмотре диагноз без констатирования пузырей едва ли может быть установлен.

Сходную картину могут дать: В. Более поздняя беременность, которая сопровождалась кровотечением в србк месячных, т.-е. возможностью того, что женщина эта находится уже на 5-м месяце беременности. С. Затянувшийся выкидыш с внутренним кровотечением, растянувшим матку до такой величины. При неточном диагнозе правильнее оставить женщину в больнице под наблюдением в течение 1 — 2 недель, тщательно измеряя длину и ширину матки при опорожненных пузыре и кишке, предписывая ей постельный режим, гигиеническое содержание и для остановки кровоотделения назначая ей *viburnum prunifolium* и тщательно стараясь найти сердцебиение плода.

Через неделю кровоотделение еще продолжалось и вышли с кровью пузырьки.

Диагноз точно установлен, показуется удаление содержимого матки, при чем оно должно быть по возможности совершенным, так как остатки пузырного заноса не только дают повод к последующим кровотечениям, субинволюции, сепсису, но и к развитию *chorio-epitheliom. maligni*. Если при удалении обыкновенного яйца, начиная с 3-х месяцев, крайне желательно производить это под руководством пальца, то в данном случае пальцевое обследование имеет еще большее значение. Разъедающая форма пузырного заноса констатируется лучше всего пальцевым исследованием, равно и задержавшиеся кусочки заноса.

Итак, необходимо раскрыть шейку матки до свободного введения через нее пальца, а при матке, отвечающей по величине 5 месяцам и больше, лучше до введения 2-х пальцев. Такое расширение может быть достигнуто Hegar'ами и метрейризом, а в случаях, не терпящих отлагательства при ригидных шейках, при помощи влагалищного кесарского сечения, хотя последнее при *mola hydatidosa* очень не желательно. Хотя применение ложечек некоторые и отвергают вследствие большой опасности, в особенности при разъедающей форме, но я полагаю возможным их применение — крайне осторожное — после предварительного пальцевого обследования. Вслед за удалением перерожденного яйца и *abrasio* считаю полезным произвести тампонацию на 5 час., как для остановки кровотечения, так и для более совершенного удаления остатков пузырного заноса. Применение препаратов *vesale*, холода и спринцеваний, как при выкидышах.

После удаления пузырного заноса женщина должна показываться врачу в течение месяцев 6, а лучше 1 года. Разъедающий пузырный занос, равно появление *chorio-epithelioma*, показывают удаление матки.

Задача 72.

Первобеременная в конце 2-го месяца страдает сильной тошнотой и рвотой, продолжающейся уже 2 недели. Матка отвечает вышеуказанному сроку, в нормальном положении; женщина нервная, порядочно исхудавшая за последнюю неделю. В течение суток бывает до 20 — 25 рвотных движений, большая

часть пищи извергается обратно. Т° 36,8, пульс 100. Язык порядочно обложен, жажда, сон плохой. Что делать?

Ответ. В данном случае имеем дело с так называемой чрезмерной или неукротимой рвотой, которая, по счастью, обыкновенно бывает устранимой. Наилучшее лечение для этой нервной формы есть содержание в больничной обстановке. Больная укладывается в постель и первые 1—2 дня ей лучше ничего не давать *per os*, назначая молочные клизмы ала с физиологическим раствором поваренной соли, в количестве 200,0—250,0 3—4 раза в сутки после предварительной очищающей клизмы. Для успокоения кишечника, а равно и нервной системы больной прибавление *tinct. opii* 5—10 кап., или *patr. bromat.* 0,6—1,0 к той или другой клизме, особенно 1,0—1,5 *chloralhydrat* перед сном представляется очень полезным. В следующие дни больной дают *per os* холодное молоко, желающим простоквашу, кефир или кумыс по чайной ложке каждые 1—1½ часа. Вливание *per rectum* можно продолжить; можно разрешить в следующие дни холодный бульон, уху или студень также в небольшом количестве и предпочтительно холодными. Некоторые хорошо переносят «бифты». От лекарственных средств, даваемых *per os*, особенной пользы ожидать нельзя.

В слабых формах наилучшее действие давал мне *orexinum basicum* или *tannicum* по 0,3 3 раза в день за ½ ч. — 1 час до еды.

Очень многим помогает следующий режим: утром не вставать с постели не покушавши. Выполняя это, принимают утренний чай или кофе в постели с обычной едой.

В большинстве случаев рвота при таком режиме проходит, и больная может постепенно перейти к своей обычной пище.

Но бывают случаи, когда и постельный больничный режим не помогает. Стойкое учащение пульса до 120, т° ниже нормы и особенно появление нервных явлений (бред, галлюцинации), а также белка и цилиндров в моче служат настоятельными показаниями к прерыванию беременности.

Предположим, что эта больная будет находиться уже на 4-м месяце беременности. В таком случае желательно раскрыть матку до возможности введения в нее пальца, т.е. раскрыть шейку до 18—20 № Hegar'a. Это последнее редко может быть достигнуто без порядочных разрывов шейки у первородящих в один прием, почему можно рекомендовать сделать это в два приема. Сначала раскрыть канал шейки до 12—14 № Hegar'a, вложить в нее туго тампон из ксероформной (иодоформной) марли, затампонировать также и своды влагалища и оставить их на 6—8 часов, после чего дальнейшее растяжение пойдет уже свободно, если не совершится открытие силами природы. После соответственного раскрытия пальцевое и инструментальное удаление яйца и децидуальной ткани. *Ergotin* под кожу, тампонация, лед.

При большой ригидности шейки матки, а также при показании быстро произвести выкидыш можно применить в данном случае так называемое влагалищное кесарское сечение, дающее возможность закончить операцию в один прием.

Задача 73.

Беременная 4-й раз, первые 2 беременности, роды и послеродовой период протекали благополучно. Двое живых детей. В течение 3-й беременности имела обострение легочного процесса с лихорадочными движениями и небольшим кровохарканьем. Ребенок родился живым, но умер через год от meningitis tbc.

С настоящей беременностью больная снова чувствует себя хуже, по свидетельству наблюдающего за нею терапевта, она похудела, легочные явления слегка обострились и снова показываются кровяные жилки в мокроте при t° субфебрильной и легких знобах по ночам. Терапевт настаивает на искусственном законном выкидыше ради спасения матери, применивши без результата соответственное лечение tbc. Беременность в начале 3-го месяца. Половая сфера отклонений от нормы не представляет. Что делать?

Ответ. Установивши точность приведенных данных и пригласивши на консультацию еще второго врача терапевта (оказавшегося солидарным с первым врачом), мы имеем в данном случае полное основание к производству искусственного законного выкидыша, почему его и производим по возможности в больничном учреждении. Способ производства как в предыдущем случае (см. задачу 72), только для наркотизации больной можно рекомендовать предварительное введение 0,012 — 0,015 morphii mur. под кожу с целью меньшей дозы хлороформа.

Относительно влияния беременности на больных туберкулезом можно сказать следующее: обыкновенно состояние таких больных ухудшается и туберкулезное поражение прогрессирует. Это проявляется как в местных явлениях — распространение процесса в легких, с усилением кашлевых движений, появлением иногда отсутствовавших кровохарканий и бацилл, так и общих явлений в форме лихорадочных движений, исхудания, угнетенного состояния, потов и проч.

Иногда tbc процесс остается in statu quo ante или даже в связи с беременностью улучшается — по крайней мере в последнем случае нет явлений ухудшения местного tbc процесса, при улучшенном аппетите и питании таких больных, с повышением их веса, с отложением жира при общем хорошем самочувствии больной. Это последнее приходилось наблюдать лишь в хронических, затихших формах туберкулезных женщин, иногда с сильно увеличенными лимфатическими железами.

Принимая во внимание различное влияние беременности на отдельных tbc больных, очевидно, и лечебные мероприятия должны сообразоваться с этим различием, а равно считаться с данными опыта о влиянии искусственного прекращения беременности на течение tbc. Большинство акушеров, что подтверждает и мой личный опыт, признает благотворное влияние прекращения беременности на течение tbc, если это прерывание сделано в первые месяцы или по крайней мере в первую половину беременности. Не так ясно благотворное влияние искусственного прерывания беременности в более

поздние ее месяцы. Не имея относительно последнего достаточного клинического материала, чтобы сделать определенное заключение, я склоняюсь к мысли на основании больше теоретических соображений, что и здесь искусственное прерывание беременности может оказаться полезным, в особенности в случаях, где вредное влияние беременности впервые проявилось в этом периоде. Конечно, здесь приходится считаться и с жизнеспособностью плода.

На основании вышеизложенного искусственный законный выкидыш показан, если беременность оказывает вредное влияние на нее в первые месяцы беременности, как в данном случае.

Его можно не делать, если больная остается *in statu quo ante*, в особенности отсылая такую больную в хорошо обставленную санаторию с хорошими, гигиеническими условиями. У бедных рабочих женщин, не могущих посвящать уходу за собой ни достаточно времени, ни средств, скорее можно решиться на прерывание беременности. Выкидыш не показан, если общее состояние больной в течение беременности улучшается.

Задача 74.

А. Многорождающая 7-м ребенком. 6 живых детей. Роды срочные. Поперечное положение. Воды прошли 18 часов тому назад, сердцебиение ребенка перестало выслушиваться, пуповина, вывавшая во влагалище, не пульсирует, там же находится ручка, правое плечо вколотилось в таз, подвижность плода минимальна, схватки были и есть довольно сильны, зев совершенный. Головка влево, спинка вперед. Шейка не достижима. Что делать?

Ответ. Мы имеем дело с запущенным поперечным положением при мертвом ребенке. Имеется показание к производству эмбриотомии и так как шейка плода недоступна, то должно приступить к эвисцерации и спондилотомии, а если при влечении самоизворот после этого не совершится, то и к расчленению плода на две части.

В. Операция затянулась до 2 часов, после извлечения плода появилось кровотечение. Что делать?

Ответ. Усилить маточные сокращения массажем матки, а если кровотечение не останавливается, то произвести удаление последа по *Stedé*.

Остановлюсь несколько подробнее на применении этого способа в наиболее тяжелых условиях.

Способ *Stedé* даст наилучший эффект при соблюдении следующих условий:

1. Мочевой пузырь должен быть тщательно опорожнен, чтобы он не препятствовал выходу последа из матки и не мог попасть в область сжимающей матку руки.

2. Кишечник должен быть отмассирован в сторону, и матка сжимается непосредственно рукой через брюшные покровы.

3. Врач стоит с левой стороны больной, чтобы захватить матку правой рукой (обратно — левша).

4. Перед применением выжимания следует вызвать массажем маточное сокращение, во время которого и производить выжимание.

5. Рука располагается так: 4 пальца на задней поверхности матки, ладонь на дне и большой палец спереди.

6. Матка должна быть не в *anteflexio* и кроме сжимания матки следует производить умеренное давление вниз по оси тазового входа.

С. Если бы 3—5 таких приемов остались без результата, то можно усилить прием *Credé* одновременным потягиванием за пуповину также в направлении оси тазового входа, если послед еще в матке (бойся выворота!). Послед удален. Кровотечение продолжается. Что делать?

Ответ. Правильное лечение послеродового кровотечения может быть лишь причинное, т.-е. прежде всего нужно выяснить, от какой причины происходит кровотечение. Можно указать пять причин, обуславливающих такое кровотечение:

- 1) кровотечение вследствие разрыва того или другого отдела полового канала;
- 2) атонические кровотечения;
- 3) кровотечение вследствие задержания в матке кусков последа, оболочек или кровяных сгустков;
- 4) вследствие выворота матки;
- 5) вследствие кровоточивости (*haemophilia*).

Последние две причины — самые редкие. Уже анемиез наводит на мысль о такой причине: при кровоточивости — больная сама может указать иногда на эту свою особенность или своих предков. О четвертой причине следует подумать, если для выведения последа применялось потягивание за пуповину, в особенности без одновременного слежения за маткой — снаружи — рукой.

Надо отметить, что при наружном исследовании половой сферы после совершившегося выворота (если матка находится во влагалище) получаются (как было в одном случае, виденном мною) иногда почти нормальные отношения: плотное как матка тело стоит почти у пупка, форма его совершенно сходна с послеродовой маткой и только при внимательном обследовании дна определяется характерная воронка, а при внутреннем исследовании — во влагалище находят круглое тело с недостижимыми для двух пальцев сводами влагалища и отсутствие матки вверху над сводами.

В последнем случае рациональной терапией будет вправление матки, что обыкновенно в свежих случаях под наркозом удается легко. Тампонация матки только при ясной склонности матки к рецидиву выворота, препараты *secale*, лед. При кровоточивости показуются все средства, увеличивающие свертываемость крови и сжимающие сосуды: кислоты, всprыскивание желатины под кожу, препараты *secale*, тампонация, холод и средства, уменьшающие приток крови к половым органам.

Гораздо чаще встречается кровотечение вследствие задержания в матке частей последа, оболочек, сгустков. *Самый тщательный осмотр последа необходим при каждом кровотечении.*

Подозрительный в смысле цельности послед, равным образом задержание значительной части оболочек при наличии кровотечения дают показание ко вхождению рукой в матку с целью их удаления.

Увеличившаяся после выхождения последа матка при наличии кровотечения дает право подозревать образование в ней кровяных сгустков, и следовательно, если обычные более невинные средства (массаж, холод снаружи, горячие спринцевания, препараты *secale* и *pituitrin*) не помогают, следует войти рукой в полость матки и удалить имеющиеся там сгустки.

Одна из самых частых причин кровотечений — разрывы полового канала, о которых мы можем предполагать, думать уже на основании течения родов и применявшихся пособий. Так, боковое положение больной при прорезывании головки предрасполагает к разрывам в области клитора.

Щипцы представляют самую кровотоочивейшую из всех акушерских операций, при чем местонахождение разрывов может быть от шейки матки (при извлечении плода с несовершенным зевом) до промежности и клитора, которые, как известно, страдают здесь нередко. Нижний сегмент матки может пострадать от щипцов при неправильном их наложении, или при узком тазе (ушиб).

Поворот предрасполагает к разрыву матки.

Быстрые роды с несовершенным зевом — к разрыву последнего.

Извлечение за ножку или за ягодицы при неподготовленных родовых путях — к их разрывам, в особенности при *placenta praevia*.

Таким образом, из наблюдения родов мы можем ожидать ту или другую форму кровотечения и подготовить заранее соответственные средства.

Точный диагноз кровотечения вследствие разрывов устанавливается главным образом осмотром, в глубине особенно при помощи зеркал проф. Д. О. Отта. Реже разрыв констатируется ощупыванием.

Лучшим средством лечения кровотечения вследствие разрывов будет зашивание разрывов; при разрыве матки, если разрыв слишком велик и нарушены главные кровеносные сосуды, должно подумать об удалении матки. Только в совершенно исключительных случаях, если наложение швов признано невозможным, можно ограничиться тампонацией.

Самая частая причина кровотечений после родов — атония матки. И здесь наблюдение за течением родов и за свойствами, особенностями матки и самой больной уже заставляют нас ожидать атонического кровотечения и подготовиться к соответственному лечению.

К атонии матки предрасполагают уже частые роды, в особенности скоро следующие друг за другом. Истощение беременной тяжелой работой или серьезным заболеванием, вялая, неподвижная жизнь также влияют неблагоприятным образом на мускулатуру матки. Сильное растяжение матки *hydramnion*'ом, двойнями, тройнями, или даже очень большим ребенком, длительные или очень быстрые роды также предрасполагают к атонии. Еще понятнее появление ее на почве патологического состояния матки: *endometritis*, *metritis*, недоразвитые матки, матки с удвоением (в последнем случае особенно силь-

ные кровотечения наблюдаются при прикреплении последа к перегородке удвоенной матки), с фибромиомами, варикозными узлами. Сюда же можно отнести кровотечения после родов с *placenta praevia*, которая, как известно, развивается чаще всего при вялости матки, дающей себя знать и после родов. Наконец, наполнение мочевого пузыря, кишечника, опухоли яичников, смещающая матку, могут предрасполагать к атоническим кровотечениям. Важной причиной таких кровотечений являются искусственные фиксации матки (*ventro-vaginofixatio*), которые к счастью у нас в России применяются относительно редко. Немного родов мне пришлось наблюдать с последней ненормальностью и тем не менее я видел при этом тяжелейшие кровотечения.

Само собой понятно, что даже в этой группе лечение не может быть одинаковым.

Как общий принцип мы применяем вначале наиболее бережные для матери средства, переходя к более сильным, сплошь и рядом безразличным для матери, другими словами, подвергающим ее известной опасности.

При наличии кровотечения после родов, как уже было сказано, необходимо самым тщательным образом осмотреть послед и оболочки, а также наружным осмотром убедиться в отсутствии кровотечения из разорванных наружных половых частей, особенно обращая внимание на область клитора, откуда иногда бывают смертельные кровотечения.

Придя к заключению как на основании анализа явлений при родах, так и свойств матки (вялось, дряблость, то расслабление, то сокращение), что кровотечение зависит от недостаточного сокращения матки, мы применяем все средства, чтобы усилить маточные сокращения, чтобы получить наибольшее уменьшение органа, с чем связано и уменьшение просвета сосудов. Прежде всего не нужно позабыть опорожнить мочевой пузырь, который своим растяжением может до некоторой степени способствовать некоторому растяжению и, во всяком случае, смещению и изменению конфигурации матки. Одновременно применяем массаж матки, холод на нее и введение препаратов спорыньи и *pituitrin*'а под кожу или в мышцу. Особых преимуществ за каким-либо из новых препаратов спорыньи я не заметил (применяя *secacornin*, *cornutin*), почему предпочтительно применяю *ergotin*, как более дешевый препарат. В последнее время в заграничной литературе рекомендуется *guperger* — винно-каменнокислый эрготамин, который мне очень рекомендовали также английские клиницисты, где он известен под названием «*femergin*». Уже первые 5 колбочек, привезенные мною из Англии, произвели очень хорошее действие. Выписанный из Германии *guperger*, примененный около 50 раз, произвел также хорошее впечатление и кажется мне наилучшим из препаратов *secale cornutum*. Для окончательных заключений нужны дальнейшие наблюдения, а также установка, насколько он стоек. Два, три шприца 5% стерилизованного *ergotin*'а можно впрыснуть в течение 20 — 30 минут. Если кровотечение продолжается, переходим к одновременному применению горячих (38 — 40° Р) влагалищных спринцеваний 1 — 2 литра. (Лед на 5 — 8 минут снимается.) В случае неудачи переходим к сжиганию матки, которое

производится или двумя руками, расположенными одна на передней, другая на задней поверхности матки, или прижимая матку к лону, и, пожалуй, несколько вытягивая ее, рассчитывая при этом на растяжение сосудов. Некоторые советуют даже вынуть матку и перебросить ее через лоно, — прием еще не проверенный на сколько-нибудь достаточном числе наблюдений. Если и это не помогает, приходится перейти к более сильным, внутренним воздействиям. Одним из сильнейших средств для усиления маточных сокращений является введение руки в полость матки с целью удаления, выскребания скопившихся там сгустков. При столь упорных кровотечениях их не найдется в матке лишь в совершенно исключительных случаях. Внутренний массаж матки является самым могущественным приемом для усиления маточных сокращений, в то же время являясь и диагностическим средством, устанавливающим отсутствие значительных разрывов и задержания частей последа, оболочек и сгустков. К этому массажу можно присоединить внутриматочное горячее спринцевание 38 — 40 Р (NB. Под низким давлением — поднятие кружки не выше 60 см, при непрерывном оттоке жидкости, не ядовитым средством) соевым или борным раствором. Одновременно, если кровотечение хотя в малой степени продолжается, следует применить ручное прижатие аорты как способ совершенно безвредный, мало обременительный для больной и несомненно ведущий к уменьшению кровонаполнения матки. Еще сильнейшей мерой является способ *Momburg'a*, но, к сожалению, он имеет не мало отрицательных сторон и еще не вполне обследован. Ручное прижатие аорты выполняется очень просто и, обыкновенно, по крайней мере вначале, мало тяготит роженицу: три пальца одной руки накладывают на аорту и прижимают ее к позвоночнику, в то время как другая рука надавливает на наложенные пальцы до прекращения пульсации в *art. femoralis* или в нижнем отделе аорты. Если в течение 15 — 20 минут кровотечение отсутствует, то можно постепенно прекратить прижатие. Сжатие матки, ее массаж, холод на нее продолжают как и раньше.

Способ *Momburg'a* производится при помощи толстой резиновой трубки — см 3 — 3,5 в диаметре (а в случае ее отсутствия и простой резиновой трубкой от кружки Эсмарха), смазанной для скользкости вазелином. Двумя, реже тремя оборотами ее вокруг туловища больной перетягивают живот до уничтожения просвета в аорте, при чем пульсации в *art. femoralis* и в *iliaca commun.* прекращаются. (Противопоказания: склонность к мозговым кровотечениям, пороки сердца, заболевания мускулатуры сердца, *periphritis*.) Иногда после наложения трубки сердцебиение больной резко нарушается, в особенности же после снятия жгута, которое рекомендуется производить не сразу, а у субъектов слабых после предварительного тугого бинтования ног и поднятия их кверху. После 15-минутного держания жгут снимается, но его применение может быть продолжено до $\frac{1}{2}$ часа и более.

Задача 75.¹

Перворождающая. Плоско-рахитический таз, *conj. vera* — 8,5. Головка подвижна над входом в таз.

(Поликлинические роды.) Извещение 13 апреля 5 ч. 15 м. пополудни. 19-летняя перворождающая, плоско-рахитический таз, головка не вступает в таз. Родовые боли — 13 часов, сильные. Пузырь цел, зев на $2\frac{1}{2}$ пальца.

Прибывший врач находит: *dist. spin.* — 24, *dist. crist.* — 25,5, *dist. troch.* — 32,5, *conj. ext.* — 17,5, *conj. diag.* — $10\frac{1}{4}$, *conj. vera* — $8\frac{1}{2}$. Боли с 3 час. утра, совершенно слабые, с 2 час. после полудня — сильные. Т° 37,2. Пульс 104. Моча слегка мутнеет. Плод во втором черепном предлежании, головка подвижна над входом. Сердцебиение правильно, сильно, 132.

Внутреннее исследование. Лонная дуга тупоугольная, крестцовая кость в нижней трети сильно изогнута, *promontorium* выдается, *symphysis* высок, крут. Стенки влагалища растяжимы. Маточный зев более $2\frac{1}{2}$ пальцев. Пузырь сильно напряжен, выступает из маточного зева. Вход в таз сужен преимущественно в прямом размере. Головка большая, хорошо вставляется, но еще не крепко. Стреловидный шов в поперечном размере вблизи мыса. Большой родничок стоит низко, почти по оси таза.

Особенности случая: детский череп кажется особенно широким и выдается умеренно сильно над тазовым входом.

Вопросы:

1. Возможно ли вступление головки, несмотря на то, что она, видимо, сильно выдается, и при каких условиях?
2. Как долго можно выждать, пока головка вступит?
3. Как в данном случае лучше всего поступать?

Ответы на вопросы.

1. Возможно ли вступление головки, несмотря на то, что она видимо сильно выдается, и при каких условиях.

¹ Я взял с целью ознакомления с интересной книгой проф. Richter'a: «Geburts-hülfliches Vademecum. 100 Fälle aus der Geburtshilfe für die Praxis bearbeitet nach den «Seminaristischen Übungen» des Herrn Geheimrat. Prof. Dr. Leopold» несколько примеров из нее: случаи 1, 2 и 27. Сочинение это кроме богатства содержания интересно особенно тем, что излагает воззрения и практические приемы проф. Leopold'a, несомненно одного из самых опытных акушеров Европы. В предисловии проф. Richter говорит: «Als Herr Geheimrat Leopold im Jahre 1892 die Geburtshülflich-seminaristischen Übungen zum ersten Male an der Dresdner Kgl. Frauenklinik in den Unterricht der Aerzte einfuhrte, da schuf er damit ein wissenschaftlich-pädagogisches Novum, welches seitdem viele gute Früchte getragen und deshalb auch eine grosse Anzahl von Anhängern und Nachahmern gefunden hat». Исторической точности ради я должен здесь отметить, что «эта научно-педагогическая новь» введена мною в преподавание впервые в 1890 году при чтении врачам курса *оперативного акушерства на фантоме* в Клиническом Институте. Соответственно с этим и печатное изложение тех задач, которые устно излагались мною у фантома, вышло на 10 лет ранее труда Richter'a — Leopold'a. (1-ое издание «Сборника Акушерских задач». 1903 г. 1-ое издание. Vademecum Richter'a — Leopold'a. 1913 г.).

Вступление головки у первородящих даже при большом пространственном несоответствии между головкой и тазом — возможно, так как почти постоянно способность черепа к конфигурации при первом плоде очень велика, а неизрасходованная родовая сила мышц матки обыкновенно действует достаточно продолжительно, чтобы преодолеть даже значительные препятствия. Необходимое условие для этого — чтобы головка правильно вставлялась и чтобы родовая деятельность не ослабела преждевременно. Самой низкой границей для произвольных родов в общем можно признать *conjug. vera* в 7,0.

2. Как долго можно выждать, пока головка вступит?

У молодых первородящих можно без опасности для матери выждать, пока появятся более значительные явления ущемления со стороны особенно сильно прижатых мягких частей. По большей части страдают от давления черепа *передняя маточная губа* и шейка мочевого пузыря. Слишком сильное прижатие шейки мочевого пузыря проявляется в невозможности произвольного мочеотделения и в трудном введении катетера. Пузырь сильно растягивается, отчего легко наступает *слабость родовых болей*. Кроме того, часто ущемление передней маточной губы проявляется в *форме ее отека*. Увеличивается последний вследствие продолжительного затруднения венозного оттока, — это значит, что давление на выше расположенные части цервикального канала действует особенно продолжительно. Если такое состояние будет продолжаться долго, то можно опасаться некрозов от сдавления даже у молодых женщин с упругими мягкими частями, но особенно опасно такое состояние у *плохо упитанных, изнуренных, ослабленных предшествующими болезнями женщин* и у *нефритичек*, у которых часто уже непродолжительное ущемление обуславливает некроз соответственных тканей. Продолжительное сдавление шейки мочевого пузыря проявляется, даже если не доходит до отторжения ущемленных тканей, в послеродовом периоде в продолжительной слабости пузыря, которая может причинять пациентке еще долгое время затруднения.

Поэтому дозволительную продолжительность родов надо ставить в связь с состоянием сил соответственной пациентки. Опыт показывает, что молодые, сильные первородящие могут переносить без вреда очень долгое сдавление в области тазового входа. При стоячем пузыре это сдавление резко умеряется передними водами, если их достаточно. По большей части по величине головной опухоли можно судить о силе сдавления.

Очень трудно дать числовые данные о дозволительной продолжительности родов. В общем можно сказать, что здоровые молодые первородящие с момента наступления сильных родовых болей при прошедших водах не могут переносить более 24 часов головку, стоящую во входе в таз; до окончания родов не должно продолжаться более 36 — 48 час.

Появление контракционного кольца у первородящих не так опасно, как у многорождающих. Если, однако, нижний маточный сегмент растягивается *очень быстро* и в короткое время контракционное кольцо достигает пупка или даже выше, то нельзя более медлить с оперативным пособием, ибо

также и у первородящих может наступить разрыв нижнего маточного сегмента, что, конечно, много чаще наблюдается у многорождающих. Не говоря уже о таком печальном исходе, сильное, продолжительное растяжение нижнего маточного сегмента неблагоприятно уже потому, что такие женщины в последующее время очень часто сохраняют ненормальную слабость *связочного аппарата и матки* в ее нижней трети. Отсюда происходит большая часть *retroflexiones* с сопутствующими им болезненными явлениями.

Поэтому и у первородящих не должно долго медлить с искусственным окончанием родов, если наступают увеличивающийся отек передней маточной губы, задержание мочи вследствие прижатия шейки матки, растущая головная опухоль и быстро поднимающееся выше пупка контракционное кольцо. У ослабленных женщин, у более пожилых первородящих, у нефритичек и у многорождающих, смотря по обстоятельствам, мы бываем принуждены вмешиваться с оперативным пособием много скорее.

3. Как в данном случае лучше всего вести дело?

Вкладываем во влагалище кольпейринтер с целью предупреждения рановременного разрыва пузыря и возможного при этом выпадения пуповины (плоско-рахитический таз!), наполняем его 400,0 — 500,0 стерильной воды (смотря по вместимости влагалища и растяжимости его стенок) и оставляем до совершенного раскрытия зева, но не больше 8 — 10 часов.

Если маточный зев совершенно раскрылся, удаляем кольпейринтер и кладем женщину, умеренно поднимая таз, чтобы пуповина и мелкие части отодвинулись от тазового входа. Затем предлагают соответственно обученному лицу фиксировать головку плода у тазового входа и осторожно разрывают пузырь. Нужно сделать стилетом только маленькое отверстие, которое тотчас же закрывают введенным во влагалище пальцем, чтобы сделать истечение вод возможно медленным и вернее всего устранить выпадение пуповины. Искусственное приподнимание головки с целью большего истечения околоплодной жидкости — очень опасно, так как при этом очень легко могут опуститься вниз петли пуповины.

Если исследующий палец находит, что головка хорошо вставилась, следов., в данном случае с поперечно расположенным стреловидным швом, близким к мысу, и с глубоко-стоящим большим родничком и что нигде не ощупывается петля пуповины, то следят за больной в течение нескольких сильных болей, наблюдая тщательно за сердцебиением плода. Последнее обыкновенно при этом вначале замедляется вследствие изменения давления, но скоро, однако, делается нормальным. Значительные нарушения сердцебиения плода указывают на *прижатие пуповины*, хотя бы нигде не ощупывалась глубоко-лежащая ее петля.

Если спустя некоторое время головка продвигается в тазовой вход, то можно способствовать ее вступлению положением роженицы *на левом боку*, следов., на стороне большого родничка, то-есть той части черепа плода, которая прежде всего должна двигаться вперед.

Если вступление головки замедляется, несмотря на сильные боли, вследствие значительных пространственных несоответствий, то при уже до некоторой степени конфигурировавшейся, неподвижно стоящей головке и совершенном зеве большую пользу может принести Вальхеровское положение. Прямой размер входа в таз, единственно суженный в нашем случае, увеличивается при этом на 1,0 — 1,5 см. Это относительно небольшое увеличение часто оказывается достаточным для быстрого вступления головки. Выгоды Вальхеровского положения могут быть увеличены осторожным вдавливанием по Hofmeisterу, производя мягкотью большого пальца попеременное давление на головку плода то одной, то другой руки. При значительном растяжении нижнего маточного сегмента такое вдавливание вследствие опасности ущемления или даже разрыва лучше должно быть оставлено.

Вальхеровское положение применяют не дольше $\frac{3}{4}$ часа. Если в этот срок оно не приводит к цели, это значит, что головка еще недостаточно конфигурировалась. При неподготовленном широком черепе и, может быть, при не совершенно раскрытом зеве Вальхеровское положение есть бесполезное мучение больной.

Лишь только головка прошла тазовой вход, что часто в плоско-рахитическом тазу происходит с заметным движением, заставляют пациентку снова принять спинное положение или помогают еще лучше дальнейшему движению головки посредством положения роженицы на правом боку. Если бы оставили роженицу лежать на левом боку, то изгоняющие силы действовали бы на передний отдел головки, вследствие чего опускался бы глубже большой родничок, поворачивался бы кпереди и образовалось бы положение разгибания. Однако в нашем случае в дальнейшем механизм родов должен происходить, как в нормальном тазу; следовательно, малый родничок должен опуститься ниже, повернуться кпереди, и рождение плода должно произойти в обыкновенном затылочном предлежании.

Задача 76.

Перворождающая (пожилая), общесуженный таз, conjug. vera $7\frac{1}{4}$. Головка подвижна во входе в таз, преждевременные роды на 35-й неделе.

Извещение: 19-го августа, 4 часа пополудни. 35-летняя первородящая; 5 недель до конца беременности. Несколько дней тому назад упала с лестницы, с той поры отходят воды. Слабые боли с 6 час. утра 19 августа, сильнее с 2-х часов дня. Таз значительно сужен.

При исследовании врач нашел: dist. spin. — 21, dist. crist. — $24\frac{1}{2}$, dist. troch. — 29, conjug. ext. — 17,9, conjug. vera — $7\frac{1}{4}$. Боли средней силы, каждые 3 — 5 минут в течение 2-х часов. T° 36,8, пульс 96. Моча прозрачна, плод во втором черепном положении. Головка подвижна во входе в таз, сердцебиение правильно 124 ниже пупка.

Внутреннее исследование: стенки влагалища мало растяжимы, colpitis granulosa, мало податливая высокая промежность, узкий вход во влагалище,

очень острая лонная дуга; значительно общесуженный таз. Маточный зев раскрыт на $2\frac{1}{2}$ — 3 см, пузыря нет, головка с глубокостоящим малым родничком, клиновидно вставившаяся, стреловидный шов не может быть обследован до большого родничка, проходит поперечно в середине между мысом и симфизом.

Особенности случая: самопроизвольные преждевременные роды у пожилой перворождающей с сильно общесуженным тазом, преждевременное отхождение вод, colpitis granulosa.

- Вопросы:* 1. Какие обстоятельства здесь неблагоприятны для роженицы?
 2. Как велика опасность для ребенка?
 3. Что представляется в этом случае относительно благоприятным?
 4. Как должно здесь вести роды?
 1. Какие обстоятельства здесь неблагоприятны для роженицы?

Ответ:

а) *Возраст.* У пожилых перворождающих родовые боли не всегда бывают достаточно стойкими и мягкие части не так растяжимы, как в молодые годы.

б) *Узость таза* почти достигает здесь предела (7,0), при котором еще возможны самопроизвольные роды.

в) *Преждевременный разрыв пузыря грозит опасностью матери* (восходящая инфекция), предвидя здесь продолжительную родовую деятельность.

д) Узкие и вследствие гранулезного кольпита легко разрывающиеся мягкие части, а также высокая, неподатливая промежность при узкой лонной дуге.

2. Как велика опасность для ребенка?

Плод подвергается опасности:

а) вследствие большого сопротивления, которое он встретит при поступательном движении со стороны костного таза и ригидных мягких частей. Ожидаемое при этом замедление родов может сделаться для плода роковым;

б) вследствие *преждевременного отхождения околоплодных вод*. Таким образом мягкая головка лишена защищающего покрова — пузыря и передних вод, которым ставится задача — раскрыть маточный зев. Так как последний у пожилых перворождающих бывает тугим и неподатливым, то плод может впасть в опасность уже в первом периоде.

3. Что представляется в этом случае относительно благоприятным?

Относительно благоприятно в этом случае, что роды начались за 5 недель раньше срока, так как при значительном сужении таза доношенный плод, обыкновенно бывающий особенно большим у пожилых перворождающих, представил бы еще больше трудностей. Головка недоношенного ребенка и мала, и более способна к конфигурации и к приспособлению, так как кости черепа еще мягки.

4. Как должно здесь вести роды?

Мы должны вести здесь роды таким образом, чтобы плод прошел родовой канал при самых благоприятных условиях.

Итак, мы должны обеспечить головке наивыгоднейшее вставление, которое при данном сильно общесуженном тазе будет *клиновидным вставлением*

(*spitze Einstellung*) с возможно глубоким стоянием малого родничка: поэтому— *правое боковое положение*. Кроме того, мы должны устранить хотя бы часть сопротивления, вкладывая *кольпейринтер* во влагалище и подготавливая таким образом ригидные мягкие части. При этом необходима большая осторожность в виду *повышенной разрываемости* зернистой влагалищной слизистой оболочки. Поэтому мы впрыскиваем сначала 150 к. см в *кольпейринтер*, прибавляя затем каждые 10 мин. по 50,0 до 350,0. По причине больших болей от растяжения впрыскиваем под кожу сначала 0,01 morph. muriat.

Одновременно *кольпейринтер* усиливает средние боли и затрудняет *полное истечение околоплодных вод*. Чем больше околоплодной жидкости находится вокруг плода, тем меньше страдает он от родовых болей.

По прошествии 6—8 часов такого действия *кольпейринтера* полезно привесить к нему 1 kilo на 2 часа, чтобы способствовать таким образом растяжению влагалищного входа.

При ослаблении родовой деятельности можно комбинировать *кольпейринтер* с одним или несколькими впрыскиваниями 1,0 pituitrin'a.

Если имеется напротив очень *бурная родовая деятельность*— каждые 2 минуты и чаще, следует дать morphium 0,01 или пантопон (pantopon) 0,01—0,02, дабы плод не умер, и удалить *кольпейринтер*, так как в таких случаях последний может препятствовать вступлению головки.

Частое опорожнение кишечника и пузыря способствует правильной родовой деятельности.

Положение на правом боку может быть продолжено до прорезывания головки.

С целью предупреждения глубокого разрыва промежности, которого здесь можно опасаться в виду узкой лонной дуги, неподатливой высокой промежности и наличности colpitis, производят своевременно (т.-е. когда промежность, растягиваемая головкой, окрашивается в белый цвет) боковую насечку (episiotomia) острыми пуговчатыми ножницами или лучше пуговчатым ножом. Насечка делается преимущественно на стороне затылка, т.-е. здесь— на правой стороне, так как широкий затылок обыкновенно чаще выходит слегка обращенным в сторону, а не совершенно прямо вперед.

После родов необходимо произвести тщательный осмотр влагалища в отношении глубоких разрывов, после чего накладывается шов из кетгута на насечку.

Задача 77.

Многoroждающая (XII), общесуженный плоскорихитический таз, вторичная, слабость болей; остановка родов при головке в тазовом выходе, лихорадка, падение сердцебиения плода, атония матки.

Оповещение: 20/XI в 12 час. 30 мин. пополудни. 37-летняя, XII рождающая, остановка родов. Слабость болей. Плохое сердцебиение.

Данные исследования врачом: таз — dist. spin. — 22, dist. crist — 23, dist. troch. — 29, conjug. exter. — 16 (vera, измеренная раньше, равна 7,5).

Боли умеренно сильные с 8 час. утра 19 ноября, теперь совсем слабы. Т° 38,1, пульс 112. Моча: следы белка. Плод средней величины. Второе черепное предлежание. Сердцебиение плода меняющееся; после боли очень замедлено (88), акцентуировано, по временам галопирующий ритм.

Предшествующие роды: I—IV произвольны, V, VI, VIII — щипцы, VII и IX — поворот, X и XI — выкидыш. 6 живых детей.

Внутреннее исследование: широкий влагалитный вход. Лонная дуга почти прямоугольна. Копчик подвижен. Симфиз крут, головка глубоко, во время боли видна, большая головная опухоль, которая покрывает стреловидный шов. Маленький родничок почти по средней линии, несколько вправо. Зев совершенный; воды прошли 20/XI в час ночи. Плодные воды содержат мезоний.

Особенности случая: остановка родов при головке в тазовом выходе, слабость болей, истощение женщины, слабая мускулатура. Падение сердцебиения плода, опасность для ребенка.

Постановка вопросов: 1) какое показание существует к окончанию родов? 2) Какая операция показана? 3) Какие профилактические меры должно иметь в виду а) по отношению к матери и б) по отношению к плоду.

Ответ. 1. Какое показание существует к окончанию родов?

Продолжительность родов. Роды продолжаются уже 28 часов. Это время было необходимо, чтобы конфигурировать головку и протолкнуть ее вытянутой через узкий тазовой канал (рахитического, общесуженного плоского таза). Что сопротивление было не мало (vera 7,5), показывает большая головная опухоль. Хотя тазовый выход не очень сужен, однако в нем произошла задержка родов.

Родовые боли истощились вследствие перенесенных усилий. Ослабленная мускулатура 37-летней 12-рождающей не могла развить необходимую силу, чтобы еще раз изгнать головку.

В общем имеет силу положение, что *роды должны быть окончены, если головка видна более, чем 2 часа.* Именно при глубоком стоянии головки ребенок подвергается смертельной опасности, так как матка спадается при этом тем больше, чем глубже плод вступил в самый нижний отдел родовой трубки.

При слабости мускулатуры не следует возлагать много надежд на большое содействие брюшного пресса. Равным образом нельзя рассчитывать на усиление родовых болей после нескольких часов покоя (morphium), так как опыт показывает, что у истощенных многоорождающих (12 родов) изгоняющие силы не восстанавливаются так быстро.

Падение сердцебиения плода, отхождение мекония, лихорадка. Дальнейшее настоятельное показание к вмешательству имеется в падении сердцебиения плода. После схватки — 88 ударов в 1 мин., акцентуация последних, по временам галопирующий ритм — все это вместе с отхождением мезония ясно говорит за тяжелое повреждение плода. Одно только отхо-

ждение тесопиш'а не служило бы показанием к вмешательству, так как такое состояние может наблюдаться и обуславливаться скоропреходящими повреждениями плода (прижатие пуповины, лихорадка и т. д.). Если же у плода наблюдаются очевидные нарушения кровообращения, то отхождению тесопиш'а следует придавать важное значение. Третьим показанием является здесь повышение t° . Так как разрыв пузыря произошел здесь 12 час. тому назад, можно предполагать на основании повышения t° до 38,1 при пульсе 112 о восходящей инфекции.

2. Какая операция показана?

Щипцы. Здесь могут быть применены только щипцы. Все условия для них имеются на лицо: головка стоит в прямом размере, маточный зев совершенный, пузырь вскрыт. Нет оснований ожидать больших затруднений при извлечении, так как влагалищный вход широк и лонная дуга почти прямоугольна. О перфорации можно было бы говорить, если бы ребенок погиб при щипцах и экстракция представляла бы большие затруднения, чего в данном случае ожидать нет никаких оснований.

3. Какие профилактические меры должны быть приняты?

Для матери.

Атония. Мы должны сделать попытку в данном случае обойтись без наркоза, так как у многорождающих боли при осторожно наложенных щипцах не больше, чем при произвольных родах. Мы избегаем наркоза, потому что здесь он может изменить имеющуюся относительную атонию в абсолютную. Но даже и без наркоза мы должны опасаться здесь атонии расслабленной матки вслед за извлечением плода и приготовить все, что может быть применено к быстрому устранению последующего тяжелого кровотечения.

Способ Credé и ручное отделение последа. Если появляется после рождения плода кровотечение, прежде всего обращают внимание на достаточное сокращение матки, и не отделился ли частично послед. Если это имеет место, выжимают послед по Credé во время произвольной или искусственно вызванной схватки и дают тотчас *veasorpin* внутримышечно (0,2). Если несмотря на настойчиво примененное Credé послед не выходит и кровотечение не прекращается, должно произвести ручное отделение последа, но только после того, когда Credé осталось безрезультатным и под наркозом. (Как было сказано выше, я применил бы еще предварительно попытку удаления последа по Credé с одновременным потягиванием за пуповину.)

Промывание матки. Промывание матки крепким раствором марганцовокислого кали или лизола представляется целесообразным для всех случаев после родов плаценты при наличности лихорадки.

Опасаясь атонии, нужно прежде всего позаботиться о горячей и холодной отварной воде. Комбинация горячего спринцевания с ледяным мешком на матку постоянно оказывает большую пользу. Часто оказывает хорошую услугу холодное спринцевание с обыкновенным уксусом (ледяная вода и уксус пополам) даже там, где горячее спринцевание оказалось недостаточным. **Впрыскивание питуитрина** следует делать возможно раньше. Внутримышеч-

ные впрыскивания *ergotin'a* применяют тотчас как вышел послед (может быть даже повторно 2 шприца). Мочевой пузырь должен быть совершенно пустым, так как наполненный пузырь способствует атонии. Тотчас по рождении ребенка следует держать матку, а именно, должно слегка изогнутую руку положить на дно матки и производить ею легкое давление по направлению к тазу (Дублинский метод). Этим предупреждается возможность незаметного внутреннего кровотечения. При этом врач или акушерка могут хорошо следить за изменением тонуса маточной мускулатуры. Как правило, не нужно ни давить, ни тереть. Только при длительной вялости матки должно легким массажем вызвать маточное сокращение. Массирование следует производить совершенно так, как гладят голову большой собаки.

Если несмотря на применение указанных средств наступает сильное атоническое кровотечение, рекомендуется прежде всего произвести *внутривенное впрыскивание* 8 делений *glanduitrin'a*, от которого уже через 20 секунд получается сильное сокращение матки. Последнее наступает позднее, если впрыскивание *glanduitrin'a* делается в шейку матки, еще позднее при внутримышечном применении (4 — 6 минут) и еще позднее при подкожном введении (15 — 20 мин.). По истечении $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ часа инъекцию можно повторить в той же дозе, так как её действие дольше не продолжается.

Массаж шейки. На втором плане следует рекомендовать массаж шейки. Левая рука при этом обхватывает дно матки и со всей силой вдавливает ее в таз, в то время как правая рука указательным, средним и большим пальцами сильно массирует обе маточные губы.

Вытяжение arter. uterinae. (M o m b u r g). Если остается и массаж безуспешным, показуется вытяжение маточных артерий влечением за маточные губы при посредстве Мюзеевских щипцов (лучше дву- или трехзубцев. В. Строганов) и прижатие брюшной аорты при посредстве резиновой трубки (способ M o m b u r g'a). Я рекомендую ручное прижатие аорты.

Тампонация матки. Тампонацию матки можно применить как *ultimum refugium* только в случае очевидной жизненной опасности. Она должна очень точно заполнить всю матку, особенно ее рога (место впадения труб), шейку и все влагалище (две Дюрсеновских жестянки) и конечно при соблюдении самой тщательной асептики, так как в противном случае тяжелая инфекция почти неизбежна. Однако нужно иметь в виду не слишком поздно прибегать к тампонации, так как она не оказывает действия при совершенно атонической матке умирающих женщин.

Осмотр. Если наблюдается кровотечение несмотря на хорошее маточное сокращение, должно произвести тщательный осмотр шейки и влагалища для отыскания разрывов. Нужно помнить, что и при произвольных родах разрывы шейки не редки, и что женщина может истечь кровью даже из разрыва влагалища.

По остановке кровотечения нужно позаботиться о возможной замене потерянной крови и о сохранении исчезающих жизненных сил анемичной женщины.

Низкое положение головы, высокое положение нижних конечностей, может быть, с их бинтованием, обкладывание грелками — все это дело первой важности.

Вливание раствора поваренной соли, suprarenin, капельные клизмы раствора поваренной соли с красным вином. Если возможно получить абсолютно стерильный 0,9% раствор поваренной соли, то его впрыскивают подкожно или лучше внутривенно, прибавляя к нему 10 капель $\frac{1}{1000}$ раствора suprarenin'a.

Вводимое количество жидкости никогда не должно быть более 1 литра, чтобы кровь не была слишком разжижена.

При менее благоприятных условиях можно пользоваться капельными клизмами солевого раствора с красным вином. Эти последние применяются таким образом, что вливают в течение 1 — 1½ часа по каплям (2 — 3 капли в секунду) хорошо согретую смесь вышеуказанного раствора (3 части солев. раствора, 1 часть красного вина) в прямую кишку при посредстве кишечной трубки или нелатоновского катетера. Камфора и кофеин, крепкий кофе, шампанское для возбуждения сердечной деятельности, вдыхание нашатырного спирта также очень необходимо. Наблюдение за маткой должно быть продолжено по крайней мере в течение 2-х часов, так как неожиданное расслабление ее может повести к печальному исходу.

Какие профилактические меры должны быть приняты по отношению к ребенку?

С большой вероятностью в данном случае ребенок родится в асфиксии. Мы должны поэтому приготовить предварительно, что необходимо для устранения угрожающей асфиксии.

Прежде всего должна быть наготове теплая ванна и холодная вода для обливания ребенка. Равным образом должно позаботиться о нескольких трахеальных катетерах. Лучше всего начинают до перевязки пуповины с того, что ребенка держат за ноги, голову вниз, при чем головка покоится на подкладке. Вводим маленький палец свободной руки в рот ребенка, освобождая находящуюся там слизь. Дыхательные движения не должны быть вызваны раньше удаления достижимой слизи. Легким поколачиванием по спинке ребенка можно способствовать истечению слизи, находящейся в верхних отделах трахеае. Если теперь не происходят произвольные дыхательные движения, то быстро перевязывают и перерезают пуповину, кладут ребенка на стол и удаляют посредством трахеального катетера из глубоких дыхательных путей втянутые массы. Повторным встряхиванием ребенка с головою, опущенной книзу, при одновременном легком сжатии грудной клетки способствуют еще более обильному истечению слизи и крови.

Sylvester, Marschall Hall, способ Schultze, вдвухание кислорода. Впервые, когда дыхательные пути свободны, следует возбуждать дыхательный центр. Лучше всего производят это ритмические сжатия грудной клетки. Методы Sylvester'a и Marschall Hall'a дают очень хорошие результаты и наиболее безопасны. От времени до времени погружают ребенка в теплую

ванну, чтобы не очень его охладить. Ритмические сжатия грудной клетки могут быть продолжены также в ванне одной рукой. На термические раздражения, каковы, напр., холодные обливания, ребенок реагирует много позднее.

Шульцевские качания можно применять при слабых асфиксиях, но только тогда, когда дыхательные пути совершенно свободны и когда не опасаются мозговых кровотечений. Вдувание кислорода с одновременным впрыскиванием камфоры часто дает хорошие результаты. Меры оживления можно прекратить лишь тогда, когда ребенок правильно самостоятельно дышит и на термические раздражения реагирует криком.

Выслушивание легких. До тех пор, пока выслушивание легких, которое никогда не должно быть упущено, показывает наличие хрипов, ребенок не может быть оставлен без наблюдения, так как иногда возможен внезапный летальный исход от асфиксии.

Возбуждающие ванны тогда должны быть применяемы каждые полчаса. Ребенка кладут с низко опущенной головой, пока не перестанут более слышаться хрипы и ребенок не будет равномерно окрашен в красный цвет до кончиков пальцев.

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ ЗАДАЧ.

Задача 1. А. Перворождающая. Зев на 2 пальца, пузырь цел, ягодицы и ножки над входом. Инфлюэнца у матери, т° 38,5.

Ответ. Выжидание. Тщательное наблюдение. Лечение инфлюэнцы.

В. Id. Роды тянутся 20 час. Зев совершенный. Пузырь цел. Ягодицы над входом, т° 38,5.

Ответ. Разрыв пузыря, низведение ножки с последующим выжиданием.

С. Id. Выпала пуповина, сердцебиение замедляется до 95 ударов вне схватки.

Ответ. Немедленное извлечение.

D. Сердцебиение замедляется до 96 ударов только во время схватки.

Ответ. Выжидать, тщательно наблюдая большую.

Задача 2. Многоорождающая. Умеренное кровотечение. Роды 6 час. Плод жив. Зев на 1½ пальца. Пузырь цел, ягодицы над входом. Краевое предлежание плаценты.

Ответ. А. Тампонация шейки матки иодоформенной марлей. Выжидание. Низведение ножки при зеве, раскрытом на 3 — 3½ пальца.

В. У врача нет материала для тампонации, но есть кольпайринтер. Разрыв пузыря, а при кровотечении — введение метрейринтера в полость матки.

С. Нет и кольпайринтера. Ручное растяжение зева до 2½ — 3 пальцев и низведение ножки.

Задача 3. Многоорождающая. Таз узкий (conj. diag. 11). Плод жив. Схватки слабы. Роды 12 час. Зев на 3½ пальца. Ягодицы над входом. Прежние роды трудные.

Ответ. Меры для усиления потуг. При зеве совершенном или близком к совершенному разрыв пузыря и низведение ножки.

Задача 4. Многоорождающая. Трудные предшествовавшие роды. Роды 35 час. Таз узкий. Подозрение на разрыв матки. Плод мертв. Зев спался, легко растяжим до 4-х пальцев. Ягодицы над входом. Кровотечение, анемия.

Ответ. При плоде, находящемся в матке, — низведение ножки, извлечение плода, удаление последа. Исследование рукой места разрыва, тампонация его или зашивание per laparotomiam. При плоде в брюшной полости — laparotomia.

Задача 5. Эклампсия. Два припадка средней силы. Пульс и дыхание удовлетворительны. Плод жив, недоношен 2 недели. Таз общесуженный. Зев на 2 пальца, пузырь цел, ягодицы над входом. Первое положение.

Ответ. Профилактическое лечение эклампсии. Выжидание. Разрыв пузыря, при совершенном или почти совершенном зеве, низведение ножки и извлечение. Кровопускание после 3 припадков с начала лечения.

Задача 6. А. Перворождающая. Умеренное кровотечение. Живой плод. Зев на 3 пальца, пузырь цел, ягодицы в полости таза. Послед не ощупывается.

Ответ. Разрыв пузыря и выжидание.

В. Id. Кровотечение после разрыва пузыря продолжается.

Ответ. Усиливаем сокращение матки различными средствами, применяем способ Кристеллера.

С. Id. Кровотечение все-таки продолжается.

Ответ. Пальцевое растяжение зева или даже надрезы его и пальцевое извлечение за пах с применением способа Кристеллера.

Задача 7. А. Многоорождающая. Conjug. diagon. — 11, роды 10 час. Зев на 3 пальца, воды стоят, поперечное положение, polyamniot.

Ответ. Наружный поворот на ягодицы, с последующим разрывом пузыря и низведением ножки.

В. Наружный поворот не удался.

Ответ. Выжидание до зева на 4 — 4¹/₂ пальца с последующим поворотом на ножку.

Задача 8. Многоорождающая. Emphysema легких. Общесуженный таз. Зев на 3 пальца. Воды стоят, живой ребенок, ягодицы над входом.

Ответ. Разрыв пузыря, низведение ножки и извлечение при зеве почти совершенном.

Задача 9. А. Многоорождающая. Судорожные боли. Зев на 2¹/₂ пальца, воды стоят, ягодицы над входом. Роды продолжаются 15 часов.

Ответ. Морфий под кожу. Хлороформный (легкий) наркоз.

В. Судорожные боли прекратились. Получилась слабость болей. Прошло 10 часов от предшествующего исследования. Зев на 4 пальца. Остальное то же.

Ответ. Разрыв пузыря и низведение ножки.

Задача 10. А. Перворождающая. Порок сердца. Нарушение компенсации. Зев на 3 пальца. Воды стоят. Предлежат ягодицы над входом.

Ответ. Т-га strophanti. Разрыв пузыря, низведение ножки, медленное потягивание для раскрытия зева. Извлечение. При мертвом плоде в случае трудной экстракции плечиков, ручек и головки — эмбриотомия и перфорация.

В. Те же условия, но предлежит головка.

Ответ. При мертвом плоде — перфорация, при живом — поворот на ножку или при большой опасности для матери поворота — перфорация.

Задача 11. Многоорождающая. Роды 30 часов. Сильные схватки. Перехват на матке. Напряженные круглые связки. Пульс 120. Сердцебиение плода ясно. Зев на 4 пальца. Воды прошли 15 час. назад. Ягодицы в полости таза.

Ответ. Влечение за пах пальцем, в крайнем случае крючком при усиленной работе брюшного пресса.

Задача 12. А. Перворождающая, эклампсия, 13 припадков, t° 39. Плод жив, зев на 2 пальца. Пузырь цел, ягодицы над входом.

Ответ. Лечение эклампсии. В случае неудачи — ускоренное родоразрешение, применяя расширение зева ручное или надрезами с последующим низведением ножки и извлечением.

В. Id. В течение 2-х часов было 3 припадков. Зев на 3¹/₂ пальца. Ягодицы над входом.

Ответ. Разорвать пузырь и низвести ножку. Медленное извлечение до пупка. Обычное дальнейшее извлечение и лечение.

Задача 13. Второрождающая. Роды 12 часов. Воды прошли 10 час. тому назад. Гнойные, с запахом выделения. Т° 39,5. Зев на 4¹/₂ пальца. Ягодицы плотно во входе.

Ответ. Попытка под хлороформным наркозом оттолкнуть ягодицы выше входа и низвести ножку для немедленного извлечения. В случае неудачи — влечение пальцами, а в случае неудачи этого приема — даже крючком за паховый гиб.

Задача 14. А. Роженица потеряла массу крови. Placenta praevia. Плод мертв. Зев на 3 пальца, закрыт плацентой. Ягодицы над входом.

Ответ. Отсепаровать послед от матки, где он прикрепляется на наименьшем протяжении. Разорвать пузырь и низвести ножку, но не извлекать. При живом плоде следует индивидуализировать образ действий касательно немедленного извлечения.

В. Предлежит головка, а не ягодицы. Остальные условия те же.

Ответ. Поворот на ножку. В остальном — указанные выше меры.

Задача 15. А. Многоорождающая. Разорвался пузырь и выпала пуповина. Роды 3 часа. Зев на 2 пальца. Ягодицы над входом. Сердцебиение ребенка вне схватки замедлено (100), аритмично.

Ответ. Попытка вправления пуповины. Положить больную на бок или à la vache, при неудаче вправить пуповину и низвести ножку. При прогрессировании асфиксии плода немедленное извлечение.

В. Те же условия, но предлежит головка?

Ответ. Вправление пуповины в положении à la vache. Сохранение этого положения в течение некоторого времени. При неудаче — поворот на ножку по Braxton-Hicks'у. Дальнейшее — как при низведенной ножке. Кесарское сечение при настойчивом желании матери иметь живого ребенка.

Задача 16. А. Перворождающая. Воды прошли в начале родов 10 часов тому назад. Судорожные схватки. Т° 38,1. Таз сужен, зев на 2¹/₂ пальца. Плод жив, головка в полости таза. Малый родничок вправо и вперед, большой влево и взад.

Ответ. Средства против судорожных болей (морфий, ванна), дезинфекция влагалища теплыми влагалищными спринцеваниями.

В. Прошло 4 часа, гнойное отделение, т° 38,7, пульс 115. Зев на 2³/₄ пальца. Схватки правильны.

Ответ. Ручное растяжение зева, горячий душ. Щипцы при зеве на 4 — 4¹/₂ пальца.

Задача 17. А. Перворождающая. Незначительное кровотечение. Роды 6 часов. Плод живой. Зев на 2 пальца. Пузырь цел, placenta praevia marginalis. Головка прижата ко входу.

Ответ. Широкий разрыв пузыря.

В. Прошло 8 часов. Головка мало подвинулась вперед, равно и зев. Схватки реже и слабее.

Ответ. Средства, усиливающие маточные сокращения. Способ Кристеллера для усиления маточных сокращений.

С. Прошло еще 8 часов. Схватки слабые. Зев совершенный, головка низко во входе.

Ответ. Щипцы.

Задача 18. А. Многоорождающая. Роды 18 часов. Зев совершенный 6 часов. Воды прошли. Схватки сильные. Палец на 3 над лоном на матке маленькая борозда. Общесуженный плоский таз. Conjug. diagon. — 10 см. Головка над входом. Плод живой.

Ответ. Выжидание. Способ Кристеллера. Поддержание сил больной легко усвояемой пищей (сахар, молоко).

В. Прошло еще 4 часа. Головка не двигается.

Ответ. В виду предшествующих рождений мертвых плодов больной предложена пубиотомия. Больная отказалась. Выжидание до появления угрожающих явлений.

С. Сердцебиение ребенка сделалось 95 ударов вне схватки. Появление высоко стоящего контракционного кольца.

Ответ. Пробные щипцы, а если не удадутся — перфорация.

Задача 19. Многоорождающая. Роды 5 часов. Воды прошли. Головка очень быстро опустилась в полость таза. Выпала пуповина. Таз широкий. Сердцебиение плода замедляется. Зев совершенный. Лицевое предлежание.

Ответ. Попытка выжать плод по Кристеллеру при уверенности в быстром успехе. В противном случае — щипцы.

Задача 20. Многоорождающая. Сильное варикозное расширение вен на наружных половых частях и на шейке матки. После сильной схватки появилось кровотечение. Плод жив. Воды прошли 3 часа тому назад. Зев на 4 пальца. Головка в полости таза. Получается впечатление, что кровотечение из варикозного узла.

Ответ. Попытка остановить кровотечение наложением шва или тампонацией, в противном случае — щипцы с последующим зашиванием кровоточащего места.

Задача 21. А. Многоорождающая. Воспаление легких 2 дня. Т° 40. Пульс 120, дыхание 30. Чувствует себя относительно удовлетворительно. Преждевременные на 2¹/₂ нед. роды 6 час. Ребенок жив. Зев на 3 пальца. Головка над входом.

Ответ. Выжидание. Разрыв пузыря при зеве на 4 пальца.

В. При зеве на 4 пальца. Сердцебиение ребенка сделалось плохим (95 ударов в минуту).

Ответ. Поворот с немедленным извлечением.

С. Воды прошли и головка опустилась во вход.

Ответ. Щипцы.

Задача 22. А. Многоорождающая с умеренным кровотечением. Placenta praevia marginalis. Плод жив. Зев на 3 пальца, воды стоят. Головка над входом.

Ответ. Поворот на ножку.

В. Не успели сделать поворота, как прошли воды и головка опустилась в полость таза, кровотечение прекратилось.

Ответ. Выжидание.

С. Вскоре наступило замедление сердцебиения плода до 95 ударов вне схватки.

Ответ. Наложение щипцов.

Задача 23. Многоорождающая. Большой плод. Роды 28 часов. Воды прошли 18 час. Сильные схватки. Перехват на матке под пупком. Круглые связки напряжены. Болезненность нижнего сегмента матки. Пульс 120. Т. 37,7. Головка в полости, задний вид. Зев совершенный.

Ответ. Щипцы.

Задача 24. А. Перворождающая. 5 припадков легкой эклампсии. Пульс 100. Т. 37,8. Плоский рахитический таз, conjug. diagon. 10,5. Плод жив. Зев на 3 пальца, головка над входом.

Ответ. Лечение эклампсии и выжидание.

В. Эклампсия, несмотря на примененное лечение в течение 3 час., продолжается. Зев на 3¹/₂ пальца. Воды прошли. Головка во входе.

Ответ. Расширить зев пальцами или надрезами и наложить щипцы.

Задача 25. Многоорождающая. Роды 25 час. Воды прошли при зеве совершенном 18 час. тому назад. Пульс и т° нормальны. Схватки редки. Таз общесуженный плоский рахитический, conjug. diagon. 10,5. Плод живой. Лицевое предлежание, головка во входе, неподвижна.

Ответ. Средства, усиливающие маточные сокращения. Как *ultimum refugium* щипцы в косом или прямые щипцы почти в прямом размере таза.

Задача 26. Многоорождающая. Широкий таз. Роды продолжаются 5 час. Плод живой. Зев совершенный. Лобное предлежание, головка над входом. Воды прошли при исследовании, выпала пуповина, и головка быстро опустилась в полость таза.

Ответ. Щипцы (в крайне редких случаях способ Кристеллера).

Задача 27. Перворождающая. Роды 35 час. Судорожные боли. Слегка узкий таз. Зев на $3\frac{1}{2}$ пальца. Воды прошли 15 час. тому назад. Головка во входе. Задний вид второго положения.

Ответ. Устранение судорожных болей. Выжидание опущения головки в полость таза и поворота ее малым родничком вперед или по крайней мере в сторону; щипцы в первом положении лишь при очень серьезных показаниях.

Задача 28. Многоорождающая. Роды 15 час. Воды прошли в начале родов. Т° 38,4. Пульс 90. Плод живой. Отделения гнойные. Зев совершенный. Головка в полости таза в заднем виде.

Ответ. Усиление маточных сокращений. Выжидание 3 — 4 часов до установки головки в поперечном размере. Щипцы.

Задача 29. А. Вторые роды, продолжающиеся 20 час. Умеренное кровотечение из матки. Плоский таз. Conjug. diag. 10,5. Зев на $3\frac{1}{2}$ пальца. Воды стоят. Второе заднетеменное, задний вид. Головка над входом. Живой плод. Плацента не прощупывается.

Ответ. Вероятно низкое прикрепление плаценты. Разрыв пузыря.

В. Через $\frac{1}{2}$ часа замедление сердцебиения до 95 уд. вне схваток. Головка во входе, малый родничок вправо, большой родничок влево. Большой родничок ниже малого. Зев на $4\frac{1}{4}$ пальца.

Ответ. Наложение щипцов в поперечном размере таза.

Задача 30. Многоорождающая. Роды — 5 час. Воды прошли в начале родов. Плохое сердцебиение плода 85 — 95 уд. в минуту. Головка над входом. Первое положение, передний вид. Зев на 3 пальца.

Ответ. Попытка соответственным положением роженицы (боковое или à la vache) устранить прижатие пуповины. Наиболее верный прием — поворот на ножку с извлечением.

Задача 31. Роды 10 час. Состояние матери и плода хорошее. Имеется передний вид второго поперечного положения. Зев совершенный, воды стоят.

Ответ. Попытка совершить наружный поворот. При неудаче — комбинированный поворот на ножку полной рукой.

Задача 32. А. Многоорождающая. Роды 8 час. Воды прошли 3 часа. Таз слегка общесуженный плоский. Роды на 2 недели раньше срока. Зев на $3\frac{1}{2}$ пальца. Первое заднее ушное предлежание. Головка над входом.

Ответ. Попытка исправления положения головки комбинированными приемами. При неудаче — поворот на ножку полной рукой.

В. По внешним причинам пособие было отложено на 2 часа. К этому времени зев открылся на 4 пальца. Стреловидный шов стал приближаться к сре-

дине таза; ухо, напротив, определяется с трудом. Головка фиксирована во входе таза значительным сегментом.

Ответ. Выжидание.

С. Через 2 часа положение почти то же. Зев совершенный.

Ответ. Усиливаем маточные сокращения. Одновременно надавливаем на головку над лонным соединением, пытаемся исправить положение головки. При опасности для матери или для ребенка делаем пробное наложение щипцов.

Задача 33. Многоорождающая. Роды 12 час. Зев на $3\frac{1}{2}$ пальца. Первое продольное заднетеменное положение, задний вид. Воды только что прошли. Головка опускается во вход вместе с двумя ручками.

Ответ. Вправление ручек сначала без, а в случае неудачи с хлороформом. При неудаче — выжидание и щипцы при показаниях.

Задача 34. Перворождающая. Таз с небольшим сужением. Воды только что отошли. Передний вид первого лобного предлежания. Hydrocephalus. Выпадение пульсирующей пуповины. Головка над входом.

Ответ. Поворот на ножку только в благоприятных случаях, а в случае трудности после вправления пуповины (бойся разрыва матки!) прокол троакаром головки ребенка.

Задача 35. Многоорождающая. Роды 4 часа. Тяжелая эклампсия с 12 припадками. Зев на 2 пальца, пузырь цел. Первое заднетеменное предлежание, передний вид. Головка над входом.

Ответ. Энергичное профилактическое лечение морфием и хлорал-гидратом. Но прежде всего хлороформ в течение 20 — 30 мин. до обнаружения действия первого средства. Кровапоускание. Разрыв пузыря. Щипцы при головке в полости. После родоразрешения обычное лечение эклампсии.

Задача 36. Многоорождающая. Роды 30 час. Воды отошли 20 час. Т° 38,5. Пульс 110. Сердцебиение плода глухо. Зев на $4\frac{1}{4}$ пальца. Передний вид первого поперечного положения.

Ответ. Глубокий хлороформный наркоз, попытка к повороту полной рукой на одну или лучше 2 ножки. В случае невозможности совершить поворот — эмбриотомия.

Задача 37. А. Перворождающая. Роды 5 час. Таз: dist. troch. — 28, dist. crist. — 26, dist. spin. — 23, conjug. exter. — 18, conjug. diag. — $10\frac{3}{4}$. Зев на 2 пальца. Пузырь цел, тонкий. Передний вид второго поперечного положения.

Ответ. Предлагаем больной лежать на левом боку, ждем раскрытия зева на 3 — 4 пальца и тогда делаем попытку наружного поворота, а в случае неудачи — комбинированный поворот на ножку неполной или полной рукой.

В. Воды прошли неожиданно при зеве, открытом менее, чем на 3 пальца.

Ответ. Немедленно делаем попытку комбинированного поворота неполной рукой. В случае неудачи вводим метрейринтер в матку и после достаточного раскрытия зева делаем поворот полной рукой. Извлечение определяется

состоянием ребенка после поворота. Другой образ действий — ручное расширение зева до проведения через него полной руки.

Задача 38. Многоорождающая. Роды 35 час. Воды отошли 2 часа тому назад. Таз слегка узкий. Т° 38,1. Пульс 90. Зев совершенный. Задний вид первого поперечного положения с выпадением ручки.

Ответ. Поворот на ножку под хлороформом.

Задача 39. А. Многоорождающая. Placenta praevia. Порядочное кровотечение. Зев на 2 пальца. Живой ребенок. Второе положение. Головка над входом.

Ответ. Тампонация шейки матки и нижнего сегмента ее марлей до раскрытия зева на 3 — 3½ пальца; тогда можно производить поворот на ножку. Извлечение можно сделать лишь при совершенно открытом зеве.

В. При продолжающемся кровотечении — Braxton-Hicks.

С. В клиниках и больницах — кесарское сечение.

Задача 40. А. Многоорождающая. Роды 8 часов. Зев на 4 пальца. Воды только что прошли; выпала большая петля пуповины. Состояние матери и плода удовлетворительны. Головка над входом. Передний вид первого положения.

Ответ. Попытка вправления пуповины. При неудаче — поворот на ножку с немедленным извлечением.

В. Головка опустилась в полость таза. Сердцебиение плода 90 ударов вне схватки.

Ответ. Щипцы.

Задача 41. Многоорождающая. Роды 20 часов. Слабые схватки. Плоский таз. Conjug. diag. 10 см. Зев на 4 пальца. Воды стоят. Ягодицы во входе.

Ответ. Попытка отодвинуть ягодицы из входа и низведения ножки. Если ягодицы неподвижны, усиление маточных сокращений, разрыв пузыря при совершенном зеве, применение способа Кристеллера и влечение за пах. При очень серьезных показаниях — влечение крючком.

Задача 42. Перворождающая. Резкое острое малокровие. Белок и цилиндры в моче. Матка плотна, увеличена. Сердцебиения плода нет. Зев на 3 пальца. Воды стоят. Задний вид первого поперечного положения.

Ответ. При отсутствии продолжающегося внутреннего кровотечения (состояние такой больной при правильном режиме обыкновенно улучшается) можно ждать большего раскрытия зева, когда произвести поворот на ножку. Извлечение делать при показаниях.

При продолжающемся кровотечении после подкрепления больной производство поворота на ножку и извлечение. Для облегчения выведения плечиков и головки по рождении живота можно сделать удаление внутренностей, а затем перфорацию последующей головки. (Плод мертв.)

Задача 43. Многоорождающая. 10 припадков эклампсии. Кровоизлияние в мозг. Паралич правых конечностей. Роды 3 часа. Плод живой. Зев на 2 пальца. Воды стоят. Передний вид первого поперечного положения.

Ответ. Кесарское сечение per coeliotomiam, хуже — влагалищное кесарское сечение, только при невозможности сделать их — расширение зева не

менее 3-х пальцев. Поворот на ножку с последующим извлечением. Лечение эклампсии и кровоизлияния.

Задача 44. Многоорождающая. Роды 20 часов. Внезапное прекращение сильных схваток. Явления малокровия. Болезненность живота. Воды прошли 15 часов тому назад. Плод мертвый. Зев совершенный. Второе поперечное положение, передний вид.

Ответ. Если диагноз большого разрыва матки установлен — чревосечение. При неточном диагнозе или при условиях, не допускающих производства большой операции, — эмбриотомия и извлечение с последующей тампонацией разрыва, а при возможности большой операции — зашивание разрыва, а, может быть, и удаление матки.

Задача 45. Многоорождающая. Placenta praevia, кровотечение. Плод доношенный — 8 лунных месяцев. Сердцебиения плода нет. Зев на $1\frac{1}{2}$ пальца. Передний вид первого поперечного положения.

Ответ. Тампонация шейки матки и влагалища до раскрытия зева на 3 пальца. Отсепаровка placentae в области наименьшего ее прикрепления от внутреннего зева. Поворот на ножку. При невозможности асептической тампонации — Braxton-Hicks.

Задача 46. Многоорождающая. Воды только что прошли. Выпала пульсирующая пуповина. Зев на 2 пальца. Задний вид второго поперечного положения.

Ответ. Поворот по Бракстон-Гиксу после предварительного вправления пуповины. В случае неудачи — растяжение зева до 3-х пальцев и поворот полной рукой. При ригидности зева — метрейризм, а в клиниках и больницах — надрезы или влагалищное кесарское сечение.

Задача 47. Многоорождающая. Т. 39, пульс 110. Роды 20 часов. Воды прошли в начале родов. Таз общесуженный. Conjug. diag — $10\frac{1}{2}$. Ни сердцебиения, ни движения плода не определяется. Зев совершенный, головка над входом. Задний вид первого теменного предлежания.

Ответ. Перфорация головки с последующим извлечением пальцами или краниокластом. То же при нормальной t^0 у матери.

Задача 48. Многоорождающая. Роды 10 час. Таз плоский. Conjug. diag. — 10. Предшествующие роды трудные. Плод жив. Зев совершенный, пузырь цел. Головка над входом. Первое задне-ушное предлежание.

Ответ. Поворот на ножку и извлечение при показаниях.

Задача 49. А. Перворождающая, имевшая 20 припадков эклампсии. T^0 39, пульс 130. Начинаящийся отек легких. Роды 15 часов. Воды прошли в начале родов. Сердцебиение плода не определяется. Зев на 3 пальца. Головка во входе. Задний вид первой позиции лобного предлежания.

Ответ. Перфорация и извлечение плода.

В. Предположим, что плод жив.

Ответ. При благоприятных условиях для оперирования — щипцы, в противном случае — перфорация.

Задача 50. Перворождающая. Роды 32 часа. Контракционное кольцо на 2 пальца ниже пупка. T° 37,8, пульс 120. Таз общесуженный, плоский. Ребенок жив. Воды прошли 20 часов тому назад. Зев совершенный. Поперечное стояние головки над входом. Второе положение.

Ответ. Пробное наложение высоких щипцов. В случае неудачи высоких щипцов — перфорация и краниотракция.

Задача 51. А. Многорождающая. Резкая анемия, появившаяся последние 12 часов. Матка увеличена в объеме, плотна и болезненна. Движение и сердцебиение плода не определяются. Начало родов совпало с началом заболевания. Зев на $2\frac{1}{2}$ пальца, пузырь цел, головка над входом. Отделение нормально сидящего последа.

Ответ. Впрыснуть pituitrin и разорвать пузырь. При ухудшающемся состоянии матери расширить зев до $3\frac{1}{2}$ — 4 пальцев ручным путем или влажным кесарским сечением, сделать перфорацию с последующим извлечением краниокластом.

При неухудшающемся состоянии больной — выжидание до раскрытия зева на 4 — $4\frac{1}{2}$ пальца с последующей перфорацией и извлечением головки пальцами или краниокластом.

В. После консультации зев оказался раскрытым на 4 пальца, головка прижалась ко входу.

Ответ. Перфорация, а при дальнейшем медленном течении родов — с последующей краниотракцией.

Задача 52. А. Многорождающая. Роды 30 часов. Контракционное кольцо на уровне пупка. Таз общесуженный плоский, воды отошли в начале родов. Сердцебиение плода не выслушивается. Зев совершенный. Головка во входе. Второе лобное предлежание.

Ответ. Перфорация головки с последующей краниотракцией.

В. Те же условия, но плод жив.

Ответ. Пробные щипцы в левом косом размере таза; если извлечение головки не удастся после 8 — 12 сильных тракций — перфорация с последующим извлечением головки пальцами или краниокластом.

Задача 53. Многорождающая. Роды 20 часов. Воды прошли в начале родов. Резкая чувствительность в области мочевого пузыря. Задержание мочи. Выделенная катетером моча кровавая. Плод жив, но сердцебиение редкое, неясное (90 ударов). Общесуженный плоский таз. Conjug. diag. $10\frac{1}{2}$. Зев открыт совершенно. Головное заднеушное предлежание. Головка прижата ко входу.

Ответ. Пробные высокие щипцы (лишь для опытных рук). При неудаче — перфорация головки с краниотракцией. При желании матери во что бы ни стало иметь живого ребенка может быть применена rubiotomia только при улучшении сердцебиения плода при хлороформировании.

Задача 54. Многорождающая. Роды 24 часа. Воды прошли 15 часов. T° 40, пульс 130. Тутрания матки. Сердцебиение плода редкое и слабое. Зев

совершенный. Головка крупная над входом, малоподвижная. Задний вид второго лицевого предлежания (спинка вправо и назад).

Ответ. Пробное наложение высоких щипцов или перфорация головки.

Задача 55. Многоорождающая. Роды 15 часов. Сильная потеря крови. Воды прошли 15 часов. Таз общесуженный плоский. Ребенок мертвый. Зев на $3\frac{1}{2}$ пальца. Головка тесно прижата ко входу в резком Негелевском склонении. *Placenta praevia lateralis.*

Ответ. Перфорация головки с последующим извлечением.

Задача 56. Перворождающая. Эклампсия. Роды 18 часов, воды прошли в начале родов. Сердцебиение плода не выслушивается. Зев на 4 пальца. Передний вид второго лицевого предлежания. Головка прижата ко входу.

Ответ. Перфорация головки с последующим извлечением и обычное лекарственное лечение эклампсии.

Задача 57. Многоорождающая. Роды около суток. Крупозное воспаление легких. T° 40, пульс 120. Одышка. Воды прошли в начале родов. Сердцебиение плода не слышно. Задний вид первого теменного предлежания. Головка тесно прижата ко входу. Зев на $3\frac{1}{2}$ пальца.

Ответ. Перфорация головки с последующим извлечением.

Задача 58. Перворождающая. Роды 3-е суток. T° 38, пульс 90 ударов. Воды прошли 2 часа тому назад. Передний вид второго поперечного положения. Зев совершенный. Плод живой. Таз узковатый.

Ответ. Поворот в ножку с немедленным извлечением.

Задача 59. Многоорождающая. Таз плосковатый. Роды 14 часов. Воды прошли час тому назад. Зев почти совершенный. Плод живой. Контракционное кольцо между пупком и лоном. Головка своим наибольшим сегментом стоит еще несколько выше безмянной линии. Она несколько больше средней величины. Второе продольное положение, задний вид.

Ответ. Усиление работы брюшного пресса, а в случае неудачи — наложение высоких щипцов.

Задача 60. А. Многоорождающая. В начале родов появилось кровотечение ($\frac{1}{2}$ стакана). Зев на $1\frac{1}{2}$ пальца. Головка над входом. Лицевое предлежание. Пузырь цел. Роды начались недавно. Сердцебиение плода удовлетворительно.

Ответ. Покой психический и телесный. Если кровоотделение продолжается — горячее спринцевание, pituitrin. Наконец, в случае продолжающегося кровотечения — разрыв пузыря.

В. Через 3 часа после pituitrin'a при усилении схваток появилось новое кровоотделение. Сердцебиение и движение плода не выслушиваются.

Ответ. Разорвать пузырь и ждать при отсутствии кровотечения нормального окончания родов мертвым ребенком; при продолжающемся кровотечении — перфорация мертвого плода.

Задача 61. Многоорождающая. Предшествующие роды трудны. Таз общесуженный, плоский, рахитический. Роды 25 часов. Воды прошли 10 часов тому назад. Tetanus матки. T° 38,3, пульс 100. Больную много раз исследо-

вала повитуха. Сердцебиение и движение плода не выслушиваются. Зев на 3 пальца и головка над входом в таз. Первое продольное положение.

Ответ. Перфорация плода с последующим осторожным извлечением.

Задача 62. А. Перворождающая. Роды тянутся 25 часов. Воды прошли в начале родов. Задний вид первого заднетеменного предлежания. Зев на $4\frac{1}{2}$ пальца. Головка во входе. Т° 40, явления эндометрита и вагинита. Плод жив.

Ответ. Высокие щипцы.

В. Те же условия и явления у многорождающей, имевшей 3-е быстрых родов.

Ответ. Усиление работы брюшного пресса. Впрыскивание pituitrin'a. Осторожное применение способа Кристеллера в течение 20 — 40 минут. Если роды не кончатся в течение этого срока — наложение щипцов.

Задача 63. Многорождающая. Роды 15 часов, воды прошли 6 часов тому назад. Зев на 4 пальца. Головка над входом, очень велика. Швы широки и большой родничок очень велик. Первое продольное головное положение, передний вид. Плод живой (hydrocephalus).

Ответ. Опорожнение головной водянки троакаром и выжидание 2 — 4 часа. В случае смерти плода — перфорация.

Задача 64. 3-я беременность 8 лунных месяцев. Тяжелые оперативные роды мертвыми детьми в специальных больницах. Таз плоский рахитический. Conjug. diag. 9,0.

Ответ. Pubiotomia при срочных родах. Искусственные преждевременные роды дадут мало надежды на живого ребенка.

Задача 65. А. Перворождающая. Много белка в моче. В остальном норма, зев на 3 пальца, воды стоят, роды продолжаются 4 ч. 50 м.

Ответ. Теплая ванна под наблюдением врачебного персонала. При предвестникам эклампсии — разрыв пузыря, морфий под кожу 0,012 — 0,015.

В. Через 5 часов 1-й припадок эклампсии. Зев совершенный. Головка в полости. Передний вид первого положения.

Ответ. Щипцы.

Задача 66. А. Беременная 5-й раз. 1-е и 2-е роды трудные, но живыми детьми. 3-и и 4-е мертвым плодом, последние — перфорация. Плоский рахитический таз. Conjug. diag. — 10,5.

Ответ. Искусственные преждевременные роды около 35-й недели.

В. Больная с подобным тазом, но беременна первый раз.

Ответ. Ожидать родов в нормальный срок. Много гулять. Диета Прохвонника.

Задача 67. 23-летняя женщина, беременная на 2-ом месяце, малокровная, истощенная. При первых родах — $1\frac{1}{2}$ г. тому назад — кесарское сечение. Таз: dist. troch. — 28, dist. crist. — 26, dist. spin. — 22, conjug. exter. — 16, conjug. diag. — 8,75. Первый ребенок жив.

Ответ. Кесарское сечение при своевременных родах. Искусственный законный выкидыш, если больная (и ее муж) не желает подвергаться этой операции.

Задача 68. Многоорождающая. Перфорация при 1-х родах. Щипцы при 2-х — мертвый плод. Плоды средней величины. Настоящие роды продолжаются 3 часа. Зев на 2 пальца, воды стоят. Таз: dist. troch. — 29, dist. crist. — 27, dist. spin. — 26, conjug. exter. — 17, conjug. diag. — 9. Плод живой. Мать желает иметь живого ребенка.

Ответ. Pubiotomia при совершенном зеве.

Задача 69. А. Многоорождающая. 1-е роды — мертвый плод. Следующие 3 родов — искусственные преждевременные. 1 живой ребенок, 2 мертвых. Таз: dist. troch. — 29, dist. crist. — 28, dist. spin. — 26, conjug. exter. — 17, conjug. diag. — 9.

Ответ. Pubiotomia при срочных родах.

В. Начались роды. Прошли воды и выпала пуповина при зеве на палец. Асфиксия плода.

Ответ. Кесарское сечение.

Задача 70. Явления выкидыша на 3-м месяце у первобеременной. Т° 38,2, запах разложения выделений из влагалища.

Ответ. Удаление разлагающегося яйца из матки оперативным путем.

Задача 71. 3-я беременность, по анамнезу конец 3-го месяца. Кровотечение с перерывами около месяца. Матка отвечает по величине 5-мес. беременности, более обычного напряжена, неравномерной плотности.

Ответ. Подозрение на пузырьный занос.

Оставлена под наблюдением. Через неделю вышли пузырьки.

Удаление содержимого матки — пальцевое и инструментальное.

Задача 72. Hyperemesis gravidarum в течение 2-х недель на 2-м месяце 1-й беременности. Пульс 100. Т° 36,8.

Ответ. Постельный режим, еще лучше — больничный режим, что обыкновенно сопровождается успехом, в противном случае — искусственный законный выкидыш.

Задача 73. Обострение легочного процесса (tbc) у беременной 4-й раз в начале 3-го месяца: исхудание, повышенная т°, кровохаркание.

Ответ. Искусственный законный выкидыш.

Задача 74. А. Запущенное поперечное положение с непупьсирующей пуповиной во влагалище, отсутствие сердцебиения плода.

Ответ. Эмбриотомия.

В. Вслед за эмбриотомией кровотечение в III периоде и после родов.

Ответ. Лечение атонических и других кровотечений после родов.

Задача 75. Первые роды. Плоско-рахитич. таз, vera 8,5. Головка подвижна над входом, но вставляется. Боли 14 час. Второе головное предлежание. Зев пальца на 2¹/₂. Воды стоят, пузырь выступает из зева.

Ответ. Кольпейринтер во влагалище до совершенного зева, разрыв пузыря при высоком положении таза. При прохождении через вход — боковое положение. При отсутствии вступления — Walcher'овское положение не более ³/₄ часа и вдавнение по Hofmeier'у.

Задача 76. Первые роды (пожилая), общесуженный таз, вера $7\frac{1}{4}$. Головка подвижна во входе. Преждевременные роды на 35-й неделе. Воды отходят. Зев на $1\frac{1}{2}$ пальца. Боли 2 часа. Colpitis granulosa.

Ответ. Правое боковое положение. Кольпейриз. Pituitrin при слабых болях. Морфий или pantopon при сильных. Episiotomia.

Задача 77. Многоорождающая (12-ые роды), общесуженный плоско-рахитический таз, вторичная слабость болей; остановка родов при головке в тазовом выходе; лихорадка; падение сердцебиения плода, атония матки.

Ответ. Щипцы. Приготовление к лечению атонического кровотечения и асфиксии плода.

акusher-lib.ru

**ИЗБРАННЫЕ СТАТЬИ
ПО АКУШЕРСТВУ**

akusherlib.ru

ЕСТЬ ЛИ ВАННА НАИЛУЧШИЙ СПОСОБ ОЧИЩЕНИЯ ТЕЛА РОЖЕНИЦ?

Роды и послеродовое состояние суть состояния физиологические. Таково мнение всех акушеров. Казалось бы поэтому, что температура в течение и тех и другого должна оставаться в нормальных пределах, а между тем даже и в самых образцовых клиниках число лихорадящих родильниц очень значительно. Так, напр., у Ahlfeld'a повышение температуры было в 25% всех случаев, у Витт'a — в 22,6%, в клинике проф. Славянского — по отчету Суровцева — в 29,8%, а по отчету Порошина — в 29%, в Клиническом Повивальном Институте — по отчету д-ра Виридарского — в 20,5%, а по Чапину — в 17%, у Массена — в 17,7%.

Если даже из этих цифр исключить случайные осложнения, то все же процент лихорадящих остается очень значительным. Еще недалеко то время, когда число лихорадящих было так велико, что температуру 38,2 и даже 38,8° некоторые акушеры считали *нормальной* для родильниц.

Выполнение требований асептики и противогнилостные меры, резко понизив процент заболеваемости, изменило наши взгляды на нормальные колебания температуры у рожениц и родильниц. Вышеприведенные данные о заболеваемости последних заставляют, однако, думать, что и в настоящее время послеродовое состояние протекает не совсем нормально, что в современной постановке акушерского дела имеются причины, нередко обуславливающие патологическое течение послеродового периода. Большинство видит эти причины или во внесении гнилостной заразы в половые части при исследовании или спринцовании, или в так называемом самозаражении. Предлагаются разные способы ведения родов с целью уменьшения заболеваемости и смертности родильниц. Leopold и Pinard высказываются за крайнее ограничение внутреннего исследования, Döderlein — за применение перчаток, Ahlfeld — за тщательное обеззараживание полового пути во время родов, Krönig и Menge — против обеззараживания; тем не менее, и без внутреннего исследования, и при обеззараживании полового пути, и без него все-таки бывают тяжелые и даже смертельные заболевания родильниц. Это тем более странно, что в последнее время самоочищение полового пути признается довольно прочно установленным.

Д-р Массен¹ говорит: «Несмотря на усиление надзора за чистотой

¹ «Акушерские вопросы дня», стр. 10.

рук у лиц, исследующих рожениц и ведущих роды, несмотря на основательное обеспложивание всего, что так или иначе соприкасается с роженицей и родильницей — обеззараживание белья, как уже сказано, производится в приборе Lautenschläger'a, инструменты обеспложиваются в приборе Schimmelbusch'a, — несмотря также на обеззараживание и проветривание палат и недопущение скученности и на тщательное отделение более или менее серьезных послеродовых заболеваний, все-таки процент лихорадящих в приюте не понизился. И у нас повторилось то же явление, на которое указал в своей статье Витт. Общее число лихорадящих родильниц у Витт'a оставалось приблизительно тем же, велись ли роды в обстановке старой клиники (Basel), или в новой (лично мне известной), где, казалось бы, нет места для источника внешнего заражения родильниц».

Таким образом, неудовлетворительность течения послеродового периода в наше время признается многими акушерами; меры же, направленные против этого, пока еще оказываются недостаточными. Это заставляет нас искать новых источников заражения, заставляет относиться с самой строгой критикой ко всем подробностям современных способов ведения родов и послеродового периода.

В течение последних двух лет ряд фактов остановил мое внимание на значении ванн при безгноястном ведении родов. Как известно, ванна для рожениц признается в настоящее время во всех клиниках чем-то необходимым и едва ли не исключительным способом очищения тела рожениц, если нет каких-либо особых противопоказаний. А между тем ванна далеко не удовлетворяет требованиям асептики и антисептики.

С этой точки зрения приходится, прежде всего, отметить, что *очищение тела роженицы в ванне весьма несовершенно*. Вода ванны, растворяя и механически удаляя с поверхности тела приставшие к нему частицы, естественно должна содержать эти частицы в растворенном или взвешенном виде. Более легкие частицы, преимущественно богатые жиром, будут плавать на поверхности воды, более же тяжелые опустятся на дно; тем не менее, при выходе из ванны не мало таких частиц останется и на теле бравшего ванну. Последующее краткое омовение, если таковое производится, до известной степени удаляет эти приставшие частицы, но далеко не совершенно. Мало того, *при известных условиях можно допустить даже большее загрязнение в ванне всего тела*. Это мыслимо в том случае, если отдельные части берущего ванну очень загрязнены, если у него имеются язвенные поверхности, гноящиеся чирьи или если ванна содержится недостаточно чисто. Наиболее грязны всегда ноги и руки. Грязь с этих частей может только увеличить загрязнение остального тела.

Другой источник загрязнения ванны — область заднего прохода. Тут в больших количествах почти всегда — а нередко и в более значительных — имеется кал. В ванне последний отмывается, распространяется более или менее в воде и пристаёт к разным частям тела моющегося.

Если мы представим себе обычный порядок приема рожениц в больших и малых родильных учреждениях, то возможность только-что указанного

загрязнения придется признать очень значительной. Хотя при приеме больной и производят тщательное обеззараживание промежности и смежных частей, но вслед за тем назначают обыкновенно промывательное и только уже после этого делают ванну. Едва ли можно сомневаться, что некоторая часть разжиженных испражнений остается вокруг заднего прохода и что в воде ванны обыкновенная кишечная палочка должна находиться в немалом количестве.

Третий источник загрязнения воды в ванне — остаток от предшествовавшей ванны. В самом деле, представим себе обычное очищение ванны, бывшей в деле: ее обмывают мыльной щеткой или мочалкой при более или менее обильном орошении тепловатой водой. Может ли такое обмывание, с точки зрения бактериолога, вполне очистить ванну от грязи? Конечно, нет. Даже и в лучших берлинских и венских купальных учреждениях я не видел, чтобы ванну обеспложивали кипятком или паром. Поэтому частицы грязи с микробами от предшествовавшего купанья остаются на стенках ванны и попадают во вновь наливаемую в нее воду. Так как немалое число беременных имеют чирьи, нарывы, угри с гнойным содержимым или язвы на теле, а также страдает и эндометритом *sub partu*, то понятна возможность загрязнения воды и болезнетворными микробами.

Можно подвести итог всему вышеизложенному так: *в ванне человек купается в собственной разведенной грязи и даже в выделениях, к которым может примешиваться, в большем или меньшем количестве, и грязь с тела его предшественника.*

Если мы сравним действие ванны с научным способом очистки рук, напр., по *Fürbringer's*, то легко представить себе громадную разницу того и другого.

Русская баня представляет несомненно больше преимуществ с точки зрения чистоты. В ней происходит омовение, можно сказать, почти проточной водой, так как загрязненные части воды стекают на пол, и в дело идет все новая и новая чистая вода. Кроме того, в бане много трут — подобно тому как и в научном способе очистки рук. Не менее важна и постепенность омовения, начиная с верхних участков тела, при чем загрязнение нижних отделов не влияет на верхние. Таким образом, преимущество несомненно на стороне русской бани, подобие которой — правда, не всегда совершенное — может быть устроено и в каждой комнате.

Но для нас, акушеров, ванна представляет еще особую вредную сторону. Несомненно, что *вода ванны в некоторых случаях может попадать во влагалище.* Если это так, то, очевидно, ванна нарушает существенное начало, которое мы ставим на первое место при ведении родов, — идеальнейшую чистоту полового пути. Какое глубокое противоречие заключается, с одной стороны, в повсеместном стремлении к безусловной чистоте, к совершеннейшему способу очистки рук, инструментов и даже воздуха, а, с другой, в том, что *первым врачебным вмешательством в многих случаях является именно введение во влагалище некоторого количества грязной воды!* Даже последующее тщательное спринцование и вообще обеззараживание полового пути не всегда может

устранить нанесенный вред; и если силы самозащиты роженицы ослаблены, то она и подвергается заболеванию.

Нужно только доказать, что, действительно, в иных случаях вода из ванны попадает во влагалище. Прежде всего это возможно уже и а priori. В самом деле, при положении беременной на боку или с животом, направленным книзу, во влагалище может получиться отрицательное давление, которое и проявит присасывающее действие на воду ванны. Наблюдая с этой точки зрения, я видал, как роженицы, поднимаясь из ванны, принимали *иногда* положение животом вниз. Кроме того, и дыхательные движения могут способствовать передвижению частиц воды снаружи внутрь. Эти теоретические соображения находят себе подтверждение в фактах повседневной жизни. Наблюдая больных, лечившихся грязевыми ваннами, я нередко замечал проникновение грязи глубоко во влагалище. То же приходилось мне слышать и от всех других врачей, которые занимаются грязевым лечением и с которыми я беседовал по этому поводу (Отт, Феноменов, Замшин и др.). Мержеевский утверждает даже, что иногда грязь проникает, не только во влагалище, но и в матку. В этом обстоятельстве несомненно можно видеть серьезное данное в пользу загрязнения влагалища. Наблюдая разбираемое явление уже несколько лет, я не мог не видеть его резкого несоответствия с началами асептики и антисептики. Я стал расспрашивать некоторых наиболее любознательных и развитых больных в этом направлении и нередко получал убежденный ответ, что вода ванны входит во влагалище.

Мне оставалось, таким образом, путем опытов доказать, что, действительно, вода входит во влагалище, и я, действительно, получил подтверждение моей мысли. У 3-х первородящих и у одной повторнородящей, у которой была произведена очень высокая кольпоперинеорафия, вода не проникала во влагалище, тогда как у одной гинекологической больной, правда, имевшей небольшой разрыв промежности, — настолько, впрочем, ничтожный, что его не считали нужным даже зашить при производстве *abrasionis*, — и равным образом у одной повторнородящей, имевшей тоже небольшой разрыв промежности, вода из ванны несомненно проникала во влагалище. У двух других повторнородящих реакция получилась настолько неясно, что я не нашел возможным считать ее положительной. Эти исследования были произведены мною следующим образом: в ванну (около 20 ведер воды) я прибавлял и тщательно размешивал 30 грм. иодистого калия, растворенного в небольшом количестве воды; испытуемая оставалась в ванне 30 минут, после чего сама выходила из нее и ложилась для исследования на стол в спинном положении с ногами, расположенными на табуретках. После тщательного высушивания наружных половых частей я вводил во влагалище переднюю пластинку *Simon'*овского зеркала и одну боковую. Просвет влагалища представлялся после того зиявшим на длину введенных ложек. Тогда я вводил в своды влагалища, не прикасаясь к зеркалам, ложечку для выскабливания *Simon'*а средней величины, которую и брал кусочки слизи, а иногда и воды из глубоких отделов влагалища. Взятые помещал в приготовленную чистую стеклянную чашечку, в которую

присыпал затем немного крахмала и стеклянной палочкой вносил каплю дымящейся азотной кислоты. В случае попадания воды во влагалище слизь последнего после прибавления крахмала и дымящейся азотной кислоты окрашивалась в синий цвет. При такой постановке опыта ошибка могла получиться скорее в невыгодную для моих заключений сторону. В самом деле, раствор иодистого калия был сильно разведенный (приблизительно 1 : 8533); далее, не устранялась возможность обратного излияния жидкости из влагалища при вставании больной; наконец, содержимое влагалища бралось из самых глубоких отделов его. Однако, как я уже сказал, даже и при таких неблагоприятных условиях загрязнение влагалища водой ванны все-таки могло быть доказано.

Я не успел сделать дальнейших опытов в этом направлении — опытов, которые имели бы целью выяснить также и условия, при которых происходит проникновение воды во влагалище. Едва ли можно сомневаться, что у одной и той же женщины попадание воды во влагалище при одних условиях возможно, при других — нет. Достаточно представить себе разницу в отношениях при положении роженицы на боку, животом вниз, с сомкнутыми или разведенными бедрами, при рвотных движениях или при натуживании, которые у рожениц в ванне бывают нередко. Отмечу только, что вхождение воды из ванны во влагалище во время родов допускается многими акушерами.¹ Olshausen в учебнике Schröder'a подчеркивает эту возможность с ее вредными последствиями (5-е русское издание, стр. 22). «Если роды находятся в самом начале, — говорит он, — то еще можно назначить роженице общую ванну, особенно если роженица нечистоплотна. В конце же периода раскрытия не надо забывать, что при посредстве воды из ванны можно заразить матку, а потому ванны в это время не должны быть назначаемы».

Если вхождение воды во влагалище и даже в матку возможно при совершенном зеве, то, очевидно, оно возможно и в ступени раскрытия, так как вода задерживается в обоих случаях только мягким дном таза.

Придя к заключению, что значение ванны в деле достижения безгнилостного состояния роженицы еще далеко не выяснено и что имеются даже основания допустить вредное действие ее на некоторых рожениц, я решил проверить замену ванн обмыванием у постели больных. С 1 января 1899 года в заведуемом мною городском родильном приюте имени проф. Красовского (бывший Александро-Невский) по 1 июня 1900 года очищающие ванны были изгнаны из употребления: применялись лишь в редких случаях лечебные ванны (при судорожных, слабых болях и т. д.). Очищение тела роженицы, если она не разрешалась немедленно, производилось каждый раз при приеме намыленной мочалкой при орошении водой. Роженицу сажали при этом в ванну на особо приспособленную скамейку, с вырезом, отвечающим положению наружных половых частей. Частью сама, а частью при помощи

¹ См. прения в Петербургском Акушерско-Гинекологическом Обществе («Врач», 1900, № 15) по поводу моего доклада. При этом решительно никто не отрицал возможности такого вхождения воды во влагалище. Напротив, многие считали его естественным, а некоторые даже признавали его общеизвестным. В. С.

сиделки она обмывала себе все тело, за исключением головы, и только после этого переходила в родильню. Само собою понятно, что такие примитивные приспособления допустимы лишь в учреждении, имеющем крайне ограниченные средства (средства городских приютов крайне ограничены), но, с другой стороны, именно в этой простоте я вижу и крайне важную сторону: подобные приспособления возможны даже и в самых глухих и бедных местах, где ванны представляются уже роскошью. Я должен прибавить, что число рожениц, подвергнутых такому омовению, было гораздо больше, чем вымытых в ванне в предшествовавшие годы. При широко открытом зеве, особенно у много-рождающих, ванна представляет еще ту опасность, что в случае быстрых родов мыслимо утопление ребенка, а потому ванна и не делалась обыкновенно в таких случаях. Обмывание же, не имеющее этой невыгоды, применялось поэтому гораздо чаще.

Результаты получились в высокой степени благоприятные. На 759 рожениц, разрешившихся в 1899 и 1900 гг. (по 1 июня) не было ни одного смертного случая от родильной горячки. Заболеваемость в течение этого времени тоже резко понизилась, несмотря на то, что прием рожениц в последний год чрезвычайно повысился, так что в приюте (с 2 небольшими комнатами для родильниц, с полом в 14,6 кв. сажени и с 21,2 куб. сажени воздуха), предназначенном для приема максимум 300 рожениц, их было принято 528. Нередко в приюте бывало по 14 — 15 женщин, которые помещались в таком случае в родильной комнате и даже в приемной; бывали случаи помещения вновь прибывших на матраце, положенном непосредственно на пол. Наибольшее число рожениц, принятых за прошлые годы в том же помещении, было 427 в 1898 г. Несмотря на столь неблагоприятные условия, заболеваемость после замены ванн обмываниями не только не увеличилась, а даже уменьшилась. В самом деле, на 759 родильниц мы имели повышения температуры за 38° ¹ лишь у 85, т.-е. в 11,1% всего числа; из них 17 поступили в приют или в болезненном состоянии, или в подозрительном в смысле заражения (подлихорадочная температура и пр.). Из общего числа лихорадивших (85) имели однодневное повышение температуры 60 (7,9%), двухдневное 13 (1,7%), трех- и многодневное 12 (1,5%). Заметные признаки родильного заражения были у 17 (2,2%) родильниц, а именно: воспаление фаллопиевых труб у 1 (большая поступила с переломом), эндометрит у 4, гнилокровие (внешний случай) у 1 (переведена в Обуховскую больницу, где и выздоровела), заболевание грудей у 4, кровавый понос и phlegmasia alba dolens у 1, послеродовая язва 1, задержание оболочек с разложением их у 5.

Остальные или лихорадили без местных явлений (53), или от случайных осложнений, как-то: брюшного тифа, воспаления легочной плевры, волокнистого воспаления легких, эклампсии, заболевания кишечника и т. д. Если я прибавлю, что все больные с признаками заражения поправились, а громадное большинство их болели крайне легко, более же тяжелые поступили в приют

¹ Не считая повышений в первые 12 часов после родов.

уже зараженными, то результаты нельзя не признать очень благоприятными. Правда, в приюте и раньше было мало заболеваний, но все же больше, чем в разбираемое время, несмотря на меньшее тогда скучивание больных. Я подробно рассмотрел заболевания родильниц в приюте с 1890 года и пришел к заключению о несомненно более благоприятном течении родильного времени в последние $1\frac{1}{2}$ года. Не буду приводить подробностей. Ограничусь лишь самыми общими сведениями, которые покажут, между прочим, довольно стойкую цифру заболеваемости в приюте.

Так, в 1890 году были приняты 291 роженица; в послеродовом периоде лихорадили 48 (16,5%); из них внешних было 12, а внутренних 36; лихорадили по одному дню 27; по два 10, по 3 и более 11. В 1891 г. из 295 родильниц лихорадили 50 (16,9%); из них поступили уже больными 15 и заболели в приюте 35; лихорадили: по 1 дню 27, по два 13, по 3 и более 10. В 1892 году из 335 родильниц лихорадило 52 (15,5%); из них поступили уже больными 13 и заболели в приюте 39; лихорадили по 1 дню 40, по два 3, по 3 и более 9. В 1893 г. из 317 родильниц лихорадили 65 (20,5%); из них поступили уже больными 13 и заболели в приюте 52; лихорадили по 1 дню 44, по два 10, по 3 и более 11. В 1894 г. из 372 родильниц лихорадили 65 (17,4%); из них поступили уже больными 25 и заболели в приюте 40; лихорадили по 1 дню 41, по два 9, по 3 и более 15. В 1895 г. из 374 родильниц лихорадили 70 (18,7%); из них поступили уже больными 16 и заболели в приюте 54; лихорадили по 1 дню 34, по два 25, по 3 и более 11. В 1896 г. из 418 родильниц лихорадили 75 (17,9%); из них поступили уже больными 17 и заболели в приюте 58; лихорадили по 1 дню 44, по два 10, по 3 и более 21. В 1897 г. из 379 родильниц лихорадили 69 (18,2%); из них поступили уже больными 22 и заболели в приюте 47; лихорадили по 1 дню 35, по два 17, по 3 и более 17. В 1898 г. из 428 родильниц лихорадили 81 (18,9%); из них поступили уже больными 28 и заболели в приюте 53; лихорадили по 1 дню 48, по два 16, по 3 и более 17. Итого с 1890 по 1898 г. (включительно) из 3209 родильниц лихорадили 575 (17,9%); из них поступили в сомнительном состоянии или уже больными 161 (5,0%) и заболели в приюте 414 (12,9%); лихорадили по 1 дню 340 (10,6%), по два 113 (3,5%), по 3 и более 122 (3,8%). В 1899 г. и в первые 5 месяцев 1900 г. из 759 родильниц лихорадили 85 (11,1%); из них поступили больными 19 (2,5%) и заболели в приюте 66 (8,6%); лихорадили по 1 дню 60 (7,9%), по два 13 (1,7%), по 3 и более 12 (1,5%). Просматривая эти цифры, можно заметить, что увеличение приема, в общем, отражалось невыгодно на состоянии родильниц: с большим скучиванием последних повышалось, — конечно, с неизбежными колебаниями, — число лихорадивших, несмотря на то, что день выписки больных из приюта делался более и более ранним, по мере увеличения приема. Я уже раньше говорил, что помещение приюта было недостаточно; оно все время оставалось одинаковым, и увеличение приема рожениц возможно было лишь при сокращении срока их пребывания в приюте. Таким образом, в 1890 — 1893 годах выписывали нормальных родильниц, как правило, на 9-е сутки после родов; в 1894 — 1897 на 8-е, в 1896 — 1898 на

7-е и, наконец, в 1899 — 1900 уже на 6-е. Важно отметить, что укорочение пребывания в предшествовавшие годы не уменьшило числа заболеваний. Это до некоторой степени показывает, что вред скучивания не устранялся более ранней выпиской родильниц. Только в 1899 — 1900 году получается иное отношение. Чтобы устранить возможное возражение, что уменьшение заболеваний было обусловлено ускоренной выпиской нормальных родильниц, я сделал новые вычисления, а именно выделил всех лихорадивших в предшествовавшие годы впервые после 6-дневного пребывания в приюте. Родильниц, залихорадивших впервые после 6-дневного пребывания в приюте, оказалось 71. Вычтя это число из 575, получим 504, т.-е. 15,7% к общему числу родильниц. Таким образом, несмотря на сильное скучивание рожениц в приюте, все же процент лихорадивших в 1899 г. и в первые 5 месяцев 1900 года значительно благоприятней, чем в предшествовавшие годы.

Я пытался также отыскать причину понижения заболеваемости в других изменениях жизни приюта. В этом отношении можно указать: 1) на учреждение должности новой штатной акушерки, но это произошло еще в феврале 1898 года и в этом году не отразилось на уменьшении заболеваемости; 2) на учреждение должности новой штатной сиделки, но это произошло в мае 1899 года, следовательно, когда новый порядок существовал уже 4 месяца.

Из сопоставления времени сколько-нибудь существенных изменений в жизни приюта с временем заметного падения заболеваемости можно заключить, что наирезче выражено совпадение этого уменьшения именно с заменой ванн обмываниями, хотя я и далек от мысли приписывать все уменьшение *исключительно* этой замене; конечно, и другие условия имели некоторое значение.

Приведенные мною наблюдения у постели рожениц имеют на мой взгляд большое значение. Прежде всего они представляют интерес для исследователя уже и потому, что относительно большое число родов (759) было проведено принципиально с устранением меры, которая издавна считалась крайне важною (без ванн). Я не знаю в литературе ни одного сообщения о подобном *систематическом* изгнании ванн, равно как и о заболеваемости в одном и том же учреждении с применением ванн и без них, с одними обмываниями. *Если мы вспомним, что на громадном пространстве нашего отечества ваннами пользуется лишь ничтожная часть населения, то уже и вследствие этого подобный опыт имеет большое практическое значение.*

Интерес опыта значительно увеличивается еще тем, что результаты *de facto* получились не только не худшие, но даже лучшие, чем с ваннами, которые предлагаются всеми акушерами. Ванны, уже и на основании логических соображений, а частью и на основании наблюдений и опытов оказываются далеко не безупречными в смысле асептики. То, что недавно считали аксиомой, — необходимость ванны для роженицы — приведенными мною соображениями и данными подорвано в сильнейшей степени, а ведь разрушение ложных аксиом тоже составляет шаг вперед. Вот почему я и не могу согласиться с теми товарищами, которые в прениях, бывших в Петербургском Акушерско-Гинекологическом Обществе, не придавали значения приведенным

мною наблюдениям из приюта имени проф. Красовского. Первое несомненное заключение, которое можно сделать из моих наблюдений, — то, что и без ванн можно получить превосходные результаты в отношении родильных заболеваний. Второе заключение — влияние ванн на роженицу — до сих пор еще далеко не всесторонне обследовано. Я далек от мысли считать вопрос о применении ванн у рожениц решенным. Напротив, я считаю его только поставленным на очередь. Необходимы дальнейшие клинические наблюдения и опыты, последние в особенности относительно попадания воды из ванны во влагалище. Такие опыты и производятся мною в более широких размерах в Клиническом Повивальном Институте, где с 20/1 текущего (1900) года ванны заменены обмыванием рожениц под душем. Но и то, что получено, настолько интересно, ново и, как мне кажется, важно, что заинтересует не мало товарищей, а *viribus unitis* мы скорее достигнем разрешения вопроса.

Едва ли есть основание отказаться при этих исследованиях от способа, примененного мною, так как определение иодистого калия производилось мною по способу, предлагаемому, как единственный, проф. Sahli для определения иодистого калия в слюне.¹ Нет оснований также думать, что $\frac{1}{2}$ -часовое пребывание в ванне может повести к выделению иодистого калия из крови во влагалище, ибо во-1-х, этому противоречат опыты с перворождающими, а во-2-х, во влагалище почти нет желез; недоказанное же выделение через железы матки, если бы оно и совершалось, конечно, потребует для перехода иодистого калия во влагалище более $\frac{1}{2}$ часа.

Уже из моих наблюдений и опытов вытекает меньшая опасность ванн для перворождающих сравнительно с многоорождающими.

Считаю долгом повторить, что обмывание рожениц представляет еще ту выгоду, что может быть производимо и в поздние сроки родов, когда ванны представляют уже несомненную опасность для плода. Указывая на пользу обмываний, я только расширяю их применение для более полного проведения начал асептики. К сожалению, на практике обыкновенно видишь пренебрежительное отношение к этой форме достижения чистоты тела роженицы, что, конечно, не остается без влияния и на течение послеродового времени.

На основании всего вышеприведенного делаю следующие заключения:

1. Значение очищающей ванны для рожениц еще далеко не выяснено.
2. Вода в ванне содержит всегда разведенную грязь купающегося в ней и нередко частицы его жидких и твердых выделений.
3. Вода ванны, смывая у купающегося с участков тела, пораженных угрями, чирьями или язвами, значительно вредоносные гноеродные и стрепто- и стафилококки, может переносить их на другие участки тела.
4. С бактериологической точки зрения ванны, при обычном способе их чистки, должны заключать частицы грязи от предшествовавших купаний.
5. На основании вышеизложенного очищение в ванне в высокой степени несовершенно.

¹ См. превосходное «Руководство клинических способов исследования», стр. 320.

6. Находящиеся в ванне заразные начала попадают на соски грудных желез — одно из излюбленных мест вторжения заразы в тело родильниц.

7. В некоторых случаях вода из ванны попадает во влагалище беременных и рожениц, чем существенно нарушаются начала асептики и антисептики.

8. Замена очищающих ванн баней или даже мыльным обмыванием при непрерывном орошении водой, очищая более совершенным образом кожу и уменьшая шансы занесения заразы в область сосков и во влагалище, должна уменьшить число заболеваний в послеродовом периоде, в особенности у много-рождающих.

9. Замена ванн мыльными обмываниями при орошении водой в заведуемом мною приюте имени проф. Красовского в течение 1899 и первых 5 месяцев 1900 года на 759 родов — сопровождалась уменьшением заболеваемости общего числа рожениц на 7,4%, сравнительно с двумя предшествовавшими годами (807 родов).

После появления этой работы ряд статей в русской и иностранной литературе был посвящен этому вопросу. Справедливость приведенных воззрений была подтверждена, с одной стороны, клиническими наблюдениями из II Венской Клиники проф. Chrobak'a (см. Arch. f. Gynaek. Bd. 77. H. 2. Bucura. Отчет клиники Chrobak'a 1903 — 1904 г.), а с другой — обширными экспериментальными исследованиями проф. Zweifel'я в Лейпциге (См. Archiv. f. Gynaekologie. Bd. 86. H. 3. Prof. Zweifel. Der Scheideninhalt Schwangerer).

Полагаю, что применение ванн как очищающего приема в больницах должно быть пересмотрено не только в отношении акушерских больных, но и в отношении всех других больных, а, следовательно, вопрос этот, касающийся сотен тысяч пациенток, имеет большое общественное значение.

О МЕТРЕЙРИЗЕ.

Каждое оперативное пособие причиняет некоторый вред тому лицу, над которым оно совершается. Оно является рациональным, полезным лишь тогда, когда оно устраняет опасность или вред еще большие, которые не могут быть устранены другими более бережными средствами. Это общее положение имеет значение для всех вообще операций. Первое правило врача: «не вреди», поэтому, изучая то или другое лечебное пособие, нужно прежде всего хорошо выяснить себе его вредные и полезные стороны. Чтобы правильно оценить полезность и район применения метрейриза, мы должны взвесить вред, который он причиняет женщине и ее плоду, должны анализировать, изучить способ его действия, должны сравнить его действие с другими более бережными средствами и указать место применения того и другого.

Итак, первый вопрос: какой вред причиняет метрейриз матери и ребенку, чего мы можем достигнуть при его применении.

Самая серьезная опасность при метрейризе — внесение септической инфекции. Если простое влагалищное исследование повышает шансы на заболевание роженицы, тем в значительно большей мере повышаются они при введении в матку каучукового пузыря. Опасность здесь заключается, с одной стороны, в распространении заразы из более грубых наружных частей полового канала в более нежные и более способные к разнесению заразы — во внутренние отделы. Опасность эта, очевидно, тем больше, чем более объемистое и менее гибкое тело приходится вводить в матку, тем больше, чем сильнее, теснее соприкасается это тело с нижним отделом полового канала, чем больше травмируется шейка матки и нижний сегмент ее. Несомненно, что мы не всегда можем сделать вполне стерильным влагалище и наружные половые части женщины: из желез входа и из крипт влагалища (Грамматикати, Breisky, Erpinger) могут выдавливаться массы, не подвергнутые дезинфекции, особенно при сильном давлении, и таким образом загрязнять вышележащие отделы. Конечно, до известной степени мы можем устранить эту вредную сторону тем, что будем вводить каучуковый пузырь непосредственно в матку, открывая маточный зев при посредстве зеркал и вводя пузырь, почти не соприкасаясь со стенками влагалища — способ, который, на мой взгляд, представляется наиболее рациональным. Но и в этом случае имеется некоторая невыгодная сторона: воздух может входить в канал шейки и в нижний сегмент матки. Мало того, обыкновенно, при введении коль-

пейринтера, между складками его находится некоторое количество воздуха, да и при самом введении при неравномерном обхватывании шейкой матки каучукового пузыря в щели будет проникать воздух. Вхождение воздуха в матку при метрейризе — факт несомненный, опасность его, однако, трудно поддается оценке: в иных случаях женщина может погибнуть от воздушной эмболии, в других — вхождение обусловит лишь разложение внутриматочного содержимого — околоплодных вод, кровяных сгустков и, наконец, чаще всего оно не будет сопровождаться никакими вредными последствиями.¹ Мне пришлось наблюдать однажды очень демонстративный случай подобного рода. Женщине был введен вечером кольпейринтер в матку после отхождения вод. Исследуя перкуссией матку непосредственно после операции, я констатировал *tympanites uteri*, — настолько значительно было вхождение воздуха в полость *uteri*. В течение всей ночи нормальное состояние больной; утром, перкутируя матку, я уже не нашел в ней воздуха: он рассосался. Состояние больной было вполне удовлетворительно, равно как и после родоразрешения. Если мы помним, что в последнее время некоторые сознательно вводят воздух в плодный пузырь (*R a p i n* — чему, на мой взгляд, подражать не следует), то для нас подобный результат не представится удивительным. Однако не всегда мы можем устранить вредное действие этого вхождения, которое представляется особенно опасным при зиянии крупных сосудов в области нижнего сегмента матки, следовательно, при *placenta praevia*. Ниже я опишу тот прием, который я применял для устранения этого осложнения.

Третья невыгодная сторона метрейриза — создание неправильного положения плода, ослабление или полное устранение конфигурации, приспособления головки к тазу.² Это последнее представляется вполне понятным при введении сколько-нибудь объемистого пузыря в нижний сегмент матки. Только небольшие Barnes'овские или Тарньевские пузыри могут не влиять на положение головки, на ее конфигурацию. Это изменение положения головки в некоторых случаях мною ясно определялось рукой, головка резко удалялась от входа в таз и оттеснялась введенным кольпейринтером, наполненным 500,0 — 700,0 жидкости, в ту или другую сторону. Едва ли может быть сомне-

¹ DeLore (реф. Centr. f. Gyn. 1894 г., p. 957) описывает воздушную эмболию без смертельного исхода. Torn сообщает о случае разрыва баллона Barnes'a, наполненного воздухом. Слышали крик ребенка, родившегося живым 12 ч. после. *Monatsschr. f. G. u. G. B. IV*, стр. 504.

W. Müller. Über Metreuryse. Inaug. Diss. Bonn. 1898. См. также *Cent. f. Gynaek.*, стр. 1178, 1899 г. Из пяти одна умерла от воздушной эмболии.

² Stumpf. *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. B. VIII*, стр. 196.

A. Müller. (*München. Medicin. Wochenschr.*, № 41, 1898 г.) также наблюдал отклонения предлежащей части.

Krummacher. (*Berlin. Beiträge zur Technik u. Indication der Metreuryse. Berliner Klinisch. Wochenschrift.* 1901, 11), говорит о коллизии между головкой и кольпейринтером, с замедлением родов.

Hauffe (*Monatsschr. f. Geburts- und Gyn.*) наблюдал два раза изменение положения плода из 1-го во 2-е в течение родов при метрейризе.

ние в том, что при предлежании головки в этом обстоятельстве можно видеть некоторый минус в том случае, если не предполагается делать поворота.

Четвертая невыгода метрейриза — естественное следствие только что разобранного явления — при отталкивании головки вверх и в сторону создаются невыгодные условия для плода в том смысле, что мелкие части его, и в особенности пуповина, получают большую возможность к выпадению.¹ В литературе уже имеются фактические данные в этом отношении, которые, полагаю, приходят в голову каждому оператору, создавшему резкое отклонение головки в сторону введенным кольпейринтером.

Пятая невыгода метрейриза — возможность ранения плодного пузыря. Это обстоятельство, впрочем, при метрейризе представляется иногда даже желательным; кроме того, в значительной степени метрейриз может заменить плодный пузырь, почему этой стороне дела нельзя придать даже того значения, которое оно имеет при введении бужа в матку. Если мы обратим внимание, что при других формах внутриматочных манипуляций возможность этого ранения существует приблизительно в равной степени, то этим самым, полагаю, мы даем должную оценку этому осложнению.

Шестая невыгода метрейриза — большая сложность его введения, большая травма шейки и нижнего сегмента матки, чем, например, это наблюдается при введении в матку бужа. Мало того, при целой шейке и закрытом зеве у перворождающих, а при введении объемистых баллонов даже и у многоорождающих требуется предварительное расширение зева и шейки матки при помощи расширителей. Я не говорю о применении пулевых щипцов, которые иногда причиняют не малое кровоотделение, — инструмента, применение которого представляется необходимым для введения каучукового баллона. Таким образом, для введения кольпейринтера, сколько-нибудь объемистого, нередко требуется предварительная — хотя и мало опасная — операция — расширение зева и шейки матки. Само собой понятно, что при этом травма полового канала довольно значительна и, следовательно, понижена жизнедеятельность клеточек и их способность к самозащите, а нередко наблюдающиеся большие или меньшие поверхностные ранения служат открытыми воротами для внедрения инфекции.²

Я не думаю также, чтобы продолжительное соприкосновение грубой каучуковой ткани с нежною отпадающею оболочкой внутренней поверхности матки оставалось без влияния на жизнедеятельность клеточек. Уже одно механическое влияние сдавления мелких кровеносных сосудов должно действовать в этом направлении, а невозможность нормального выделения в полость матки заставляет клеточки, так сказать, купаться в своих экскрементах. С этой точки зрения введение марли представляется, на мой взгляд, более бережным средством, ставящим женщину в более выгодные условия.

¹ Hauffe (loc. cit.). Наблюдалось выпадение ручки.

² Hauffe (Monatsschr. f. Geb. u. Gynaek.) также в одном случае получил разрыв шейки до 12 см в длину. Смерть. Hinck. (Centr. f. Gynaek. 1896. S. 1250.) Случай узурь шейки с последующим разрывом матки. Тампонация. Выздоровление.

Следующая невыгодная сторона метрейриза — растяжение матки; при некоторых патологических состояниях оно заставляет обратить на себя особенное внимание. Так, если мы имеем дело с больной *pneumonia cruposa*, которая и без того страшно страдает одышкой, и растянем матку еще 500,0—700,0 жидкости, страдания больной еще более увеличатся и могут дойти до грозных пределов. Правда, в таких случаях мы можем применить предварительное уменьшение содержимого матки проколом плодного пузыря и тогда эта вредная сторона совершенно парализуется.

Вышесказанное относится лишь к внутриматочному введению каучуковых баллонов, но в некоторых случаях они не только вводятся, но и выводятся обратно после предварительного их наполнения в течение более или менее короткого срока потягиванием за трубку.

Само собой понятно, что травма в этих случаях значительно повышается, но ткани человеческого тела и в частности полового канала непродолжительное, в особенности прерывистое — хотя бы и сильное — давление переносят очень хорошо. Родовой акт при узких тазах подтверждает это. А если мы примем во внимание эластичность каучуковых баллонов, наполняемых жидкостью, равномерность их действия приблизительно по всей окружности, то нетрудно прийти к заключению, что вред в этом отношении будет незначителен и во всяком случае меньше, чем при других имеющихся у нас способах быстрого расширения маточного зева и шейки. Конечно, и здесь возможны при применении большой силы более или менее значительные ранения, надрывы и разрывы шейки матки, но они едва ли могут быть устранены применением какого-либо другого приема.

Дальнейшая вредная сторона, которую нужно иметь в виду при быстром расширении зева и шейки матки каучуковыми баллонами, — растяжение связочного аппарата матки и в особенности крестцово-маточных связок.¹ Я не имею клинических, равно и литературных данных, подтверждающих эту мысль, так как, к сожалению, мы, акушеры, очень часто не знаем о судьбе наших больных несколько месяцев или годов после операции, но основательность ее подтверждается рядом соображений. В самом деле, представим себе кольпайрингер, введенный в матку при зеве, открытом на $1\frac{1}{2}$ — 2 пальца и растянутый 500,0 — 700,0 жидкости, за трубку которого производят более или менее сильное влечение. Едва ли может быть сомнение, что весь связочный аппарат матки и в особенности крестцово-маточные связки приходят в напряженное состояние, не допуская маточный зев и шейку матки опуститься книзу, к влагалищному входу. Чем толще, ригиднее шейка, чем сильнее влечение, тем больше должен страдать связочный аппарат. Мы будем здесь наблюдать еще более невыгодные условия для растяжения связочного аппарата матки, чем какие мы наблюдаем при проведении головки щипцами через недостаточно открытый маточный зев. Мои наблюдения в этом отношении совершенно отвечают сообщенному Winternitz'ем, что опущения

¹ Müller отрицает это. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. B. IV, p. 427.

(и даже выпадения — Winternitz) матки являются следствием щипцов. Правда, в наших руках имеется способ, которым мы до известной степени можем уменьшить этот вред, а именно при влечении за трубку кольпейринтера противодействовать пальцами опущению матки и как бы натягивать зев на конически растягивающийся кверху баллон. Я не сомневаюсь, что этот прием уменьшает указанную вредную сторону быстрого извлечения кольпейринтера, почему и обратил ваше внимание на это явление. Разобравши вредные стороны метрейриза, перехожу к оценке его полезного действия.

1. Метрейриз есть одно из сильнейших и лучших средств для возбуждения маточных сокращений, равно и для усиления их. Если мы сравним его действие с бужированием матки, то увидим его значительное преимущество. В то время как при введении бужей искусственные преждевременные роды продолжались 80 час., при применении метрейриза они продолжались лишь $31\frac{7}{10}$ час. (P e r r e t). Приблизительно подобное же отношение дают и другие авторы.

2. Метрейриз — одно из самых могучих и бережных средств для значительного расширения шейки и зева. Благотворное действие его в этом отношении происходит, с одной стороны, вследствие усиления маточных сокращений, с другой — вследствие его конической формы, которая дает возможность кольпейринтеру действовать как клин, оказывая равномерное давление на стенки шейки и зева.

3. Относительная быстрота действия метрейриза, как уже было замечено выше, может быть значительно повышена влечением за каучуковую трубку, что и делает его особенно пригодным и полезным в случаях, где желательно быстрое окончание родов. Я уже указал выше невыгодные стороны такого влечения и даже прием, имеющий целью их ослабить. Теперь я перейду к анализу, насколько естественно, насколько близко к нормальному раскрытию шейки матки совершается этот акт кольпейринтером при его влечении.

Уже первое подобное применение метрейриза с несомненностью показало мне, что раскрытие зева идет далеко не физиологически, как это, впрочем, представляется само собой. В то время как при нормальном раскрытии зева истончается нижний сегмент матки и утолщается верхний отдел ее, при чем маточный зев у первородящих в особенности представляет минимальную толщину, близкую подчас к листу писчей бумаги, при метрейризе с влечением шейка матки и зев лишь механически растягиваются, расширяются, не наблюдается физиологического истончения нижнего сегмента матки и укорочения влагалищной части. После удаления кольпейринтера, несмотря на раскрытие зева до диаметра в 7 — 8 см, маточный зев представляется толстым и дряблым (спавшимся), своды резко выражены. Очевидно, прохождение плода через подобный зев встретит немало препятствий, и судорожное обхватывание частей плода может вести к особенно тяжелым последствиям. Само собой понятно, что дело будет итти совершенно иначе, если зев раскрывается не под влиянием влечений, а вследствие усиленных маточных сокращений, обусловленных кольпейринтером.

4. Четвертое полезное действие метрейриза — задержка вод в случае преждевременного разрыва пузыря с малым открытием зева при предлежании бока плода (поперечном положении). Наиболее выгодным приемом, конечно, является здесь поворот на ножку, но если последний оказывается почему-либо невыполнимым, то мы не имеем лучшего средства для задержки вод, как метрейриз. Полезность его усиливается еще тем, что шейка¹ и зев превосходно раскрываются, и кроме того кольпейринтер мешает вколачиванию бока плода. В редких случаях и при продольных положениях, особенно при узком тазе, если воды прошли в начале родов и раскрытие зева происходит очень медленно, кольпейринтер может быть применен с целью задержания вод и ускорения родов.

5. В редких случаях можно пользоваться способностью кольпейринтера отодвигать предлежащую часть плода от входа в таз. Это свойство метрейриза уже было рассмотрено нами при перечислении невыгодных его сторон, но в исключительных случаях отодвигание предлежащей части плода является делом желательным и тогда, конечно, мы можем воспользоваться им.

Из всего вышеизложенного мы видим, что при значительных отрицательных сторонах метрейриз имеет и громадные достоинства, настолько существенные и незаменимые, что он должен войти неизбежно в круг акушерских операций.

Теперь я скажу несколько слов о технической стороне дела, ради чего опишу производство его в Госуд. Акуш.-Гинекол. Институте. Метрейриз производится у нас под руководством глаза с введением С и м о н о в с к и х зеркал переднего и заднего, а при нужде и боковых. Само собой понятно, производится предварительная тщательная дезинфекция влагалища, наружных половых частей и промежности, при чем кожа дезинфицируется по F ü r b r i n g e r ' y, влагалище по способу, описанному мною на Пироговском съезде 1893 года в Петербурге, а именно тщательным вытиранием двумя омыленными пальцами с последующим вымыванием содержимого влагалища раствором сулемы 1 : 2000. При nephritis это средство заменялось борной кислотой (2 — 4% раствором). Особенно заслуживает внимания приготовление кольпейринтера. Последний должен быть асептичен, проверен относительно целостности и прочности, не должен содержать воздуха и по возможности без воды. Для достижения первого условия кольпейринтер тщательно вымывался, наполнялся и погружался на 12 часов в раствор сулемы 1 : 500. Перед употреблением его погружали на одну — полторы минуты в кипяток,¹ после чего, приподнимая трубку кверху, удаляли из него весь воздух и значительную часть содержимого, и, погружая его с отверстием трубки в чашку с раствором сулемы 1 : 2000, скатывали его в трубку, придавая форму сигары, захватывали корнцангом и вводили, при фиксации шейки матки пулевыми щипцами, в нижний сегмент последней. С момента захватывания баллона корнцангом кран трубки

¹ В последнее время в литературе имеются указания, что кольпейринтер хорошо выдерживает и более продолжительное кипячение, почему желательно более долгое пребывание его в кипятке.

закрывался и только тогда конец ее мог быть извлечен из сулемового раствора без опасности вхождения воздуха. Проведя большую часть кольпейринтера за внутренний зев, из высоко поднятой Эсмарховской кружки вгоняли в баллон 100,0 — 700,0 борного 2% раствора или слабого раствора сулемы, пока напряжение баллона не делалось достаточным. После этого больная переносилась с операционного стола на постель, и, в случае, показаний к скорому окончанию родов, применялось непрерывное влечение за трубку кольпейринтера привязанной к нему тяжестью ($1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ kilo) или производилось прерывистое влечение рукой. В последнем случае во избежание наблюдавшегося также и у нас выхождения кольпейринтера Брауна почти без расширения шейки матки, особенно желательна значительное напряжение баллона, что достигалось, кроме соответственного наполнения, еще сдавливанием его шейки, торчащей из маточного зева, двумя пальцами.

В тех случаях, когда шейка матки была сохранена и узка для введения баллона, производили расширение ее посредством Негар'овских расширителей. Для уменьшения опасности вхождения воздуха в матку вместе с баллоном (особенно при placenta praevia) перед введением его наполняли своды влагалища слабым борным раствором до закрытия зева и таким образом вытесняли жидкостью воздух между складками сигарообразного баллона, при его введении. Конечно, возможно введение кольпейринтера, особенно небольшого, в матку и без применения зеркал, но этот способ сопряжен с большим загрязнением его и, следовательно, с большей опасностью получить заражение, почему его применять не следует. В некоторых случаях для введения баллона Champetier пользовались соответственными щипцами (преимущественно малыми, так как зев в таких случаях был раскрыт недостаточно), благодаря которым введение баллона значительно облегчалось.

Переходя к объяснению вызывания маточных сокращений кольпейринтером, нужно рассмотреть две стороны его действия: вызывание сокращений 1) раздражением внутренней поверхности матки и 2) растяжением матки. Едва ли может быть сомнение, что раздражающее действие кольпейринтера имеет преобладающее значение. Всякое инородное тело, введенное в матку, раздражает ее. Буж ничтожно изменяет величину маточного содержимого и между тем, как правило, вызывает маточные сокращения. Мнение Баландина, будто бы буж вызывает искусственные роды, давая эндометрит, опровергается всеми последующими наблюдениями. В некоторых случаях сокращения являются тотчас по введении бужа. Растяжение матки может играть лишь второстепенную роль. При этом не мешает заметить, что значительное растяжение матки даже ослабляет ее сокращения.

Рассмотревши, насколько позволяет краткость срока, дурные и хорошие стороны метрейриза, способ его применения, механизм его действия, переходим к показаниям для этой операции.

1. Искусственные преждевременные роды — главное показание к метрейризу. Вопрос только в том, во всех ли случаях следует применять этот способ или только в некоторых? Мнение, что метрейриз заслуживает примене-

ния лишь в ограниченном числе случаев, на мой взгляд, более справедливо. Наиболее употребительные способы суть горячие души, бужирование матки, метрейриз и прокол пузыря; из них самый неверный, но зато и самый безопасный — влагалищные души, обыкновенно их применяем как подготовительный прием для введения бужей. В редких случаях матка настолько раздражительна, что достаточно этого невинного приема для вызывания родов. В прошлом учебном году случайно у меня было два подобных: один у женщины, страдавшей нефритом после бывшей месяц назад эклампсии, другой у женщины с узким тазом. Еще чаще роды начинаются и оканчиваются под влиянием бужирования матки. Этот способ наичаще применяется в Повивальном Институте. Укажу на некоторые детали, которые на мой взгляд имеют практическое значение.

а) Со времени опубликования способа Pelzer'a я произвожу смазывание бужей стерилизованным глицерином, если к этому нет противопоказаний, напр., со стороны почек. Несомненно, этим путем усиливается раздражающее действие бужа.

б) Буж, а при желании быстро вызвать роды, и два, три вводятся по той стенке матки, где не находится последа: последнее, как известно, определяется положением круглых маточных связок.

в) По введении бужа в матку, с последующей тампонацией влагалища иодформенной марлей, больной разрешается ходить по желанию.

В большинстве случаев вызываются более или менее сильные схватки, при ослаблении которых полезно дать хинин или впрыснуть pituitrin. Если бы и это не помогло, на другой день вводятся новые бужи после удаления старых или чаще — метрейринтер.

Этот в главных чертах давно испытанный способ действует в громадном большинстве случаев настолько успешно, что нет повода отказываться от него в пользу метрейриза; правда, он все же действует слабее, чем метрейриз, почему в случаях, требующих быстрого окончания родов — приблизительно в течение нескольких часов, максимум одних суток, выгоднее применять метрейриз. Нефриты с грозными прогрессирующими (не стационарными) явлениями, резкое нарушение компенсации при пороках сердца, острые лихорадочные заболевания с падением деятельности сердца, если мы считаем при них родоразрешение показанным, мы начинаем последнее с разрыва пузыря, но если схватки не начинаются в течение суток, а также женщины с узким тазом, прибывшие поздно для операции искусственных преждевременных родов, когда приходится дорожить каждым днем, — вот случаи для метрейриза. Сюда относятся также те случаи, когда бужирование оказалось несостоятельным.

г) Само собой понятно, что в некоторых случаях прокол пузыря будет наиболее выгодной операцией для вызывания искусственных преждевременных родов, напр., при hydramnion.

Считая метрейриз при введении больших баллонов в матку более опасной операцией для матери, чем бужирование, не могу не отметить, что некоторые сторонники метрейриза очень часто оканчивают роды поворотом (Побе-

динский, Müller), т.-е. одной из самых опасных акушерских операций, исключая кесарское сечение и симфизиотомию.

Итак, при искусственных преждевременных родах необходимо индивидуализировать оперативные приемы сообразно с особенностями каждого данного случая.

2. Следующее показание к метрейризу — эклампсия. Многие полагают, что именно здесь метрейриз должен широко применяться. Так думал и я пять лет тому назад. В двух крайне тяжелых случаях при помощи метрейриза мы разрешили двух перворождающих с шейкой, едва пропускавшей палец, а в одном случае совсем сглаженной, в течение $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ часов. Одна из матерей погибла, ребенок мертв при поступлении, другая оправилась и ребенок на 18-й день после родов переведен в воспитательный дом.

С той поры в течение $4\frac{1}{2}$ лет в учреждениях, где я работал, на 118 случаев эклампсии я не видел ни одного, где этот прием оказался бы рациональным. Эклампсии легкой и средней тяжести превосходно уступают рекомендованному мною лекарственному лечению и уходу. Случаи очень тяжелые на мой взгляд более дают надежды при кесарском сечении, в особенности при живом ребенке. Эта операция дает опорожнение матки, и, следовательно, облегчение работы сердца и легких в течение 15 — 20 минут, между тем как метрейриз связан с сильными натугами, значительными болевыми ощущениями и требует гораздо большей продолжительности. Разве в случаях прогрессирующего ухудшения состояния больной там, где местные условия исключают возможность применения кесарского сечения, по необходимости придется прибегнуть к метрейризу.¹

3. Следующее показание к метрейризу — наличие placenta praeviae. И здесь тампонация йодоформенной марлей нижнего сегмента и шейки матки с последующим поворотом на ножку заслуживает предпочтения, так как она лучше приспособляется, выполняет свободное пространство и может быть направлена рукою оператора по его усмотрению. Такого рода тампон, как правило, останавливает кровотечение даже при центральных предлежаниях плаценты и, дренируя матку, до известной степени гарантирует от заражения. Напротив, кольпайринтер при сколько-нибудь порядочном напряжении всегда принимает более или менее определенную форму, при сильном же напряжении в состоянии отсепаровать плаценту на некотором протяжении. Кроме того, задерживая выделения, он более предрасполагает к заражению, и при случайном скоплении воздуха в нижнем сегменте матки, при расправлении лучше спо-

¹ На только что окончившемся съезде естествоиспытателей и врачей я был референтом по программному вопросу о патогенезе и лечении эклампсии. Мною были сообщены там следующие данные, имеющие некоторое отношение к применению метрейриза при эклампсии: на 118 случаев эклампсии в больничных учреждениях, где я работал, было лишь 7 смертельных исходов, следовательно, 5,9%, во всех случаях смерть произошла или от случайных осложнений, или вследствие того, что при поступлении в учреждение больные находились в крайне тяжелом состоянии. Только в одном из этих смертельных случаев можно было бы применить метрейриз или лучше кесарское сечение.

собствует воздушной эмболии, чем тампон. Года 4 тому назад в Повивальном Институте была сделана попытка перейти к лечению *placenta praeviae* этим способом, но на первых же случаях потерпели неудачу.

Большая поступила с значительным кровотечением вследствие предлежания плаценты. Введение кольпейринтера между последом и стенкой матки. 14 часов лежал кольпейринтер, не вызвав достаточных маточных сокращений, кровотечения нет. Извлечение кольпейринтера. Вскоре явления септического заражения, от которого и погибла больная. После этого мы снова вернулись к тампонации, получая хорошие результаты, отчасти опубликованные в работах Чапина и Виридарского.¹

4. Метрейриз с потягиванием за трубку баллона может оказать незаменимую услугу при появлении грозных явлений со стороны матери или плода при мало открытом зеве, показывающих применение поворота полной рукой, или перфорации при мертвом плоде. Прогрессирующие явления нефрита, при чем моча иногда по каплям выделяется в течение суток, нарушения компенсации при пороках сердца, отделения нормально сидящего последа с значительным внутренним кровотечением, слабость сердца при различных инфек-

¹ В последнее время число сторонников метрейриза при *placenta praevia* значительно увеличилось, в то же время они отрицают тампонацию, как очень опасное средство в отношении занесения инфекции. Такое мнение на мой взгляд является односторонним и не вполне справедливым. Как в Повивальном Институте (см. отчеты Виридарского, Чапина и Марковского), так и в приюте имени проф. Красовского при применении тампонации не было ни одного случая смерти от *sepsis'a* при *placenta praevia* на много десятков случаев при ничтожной общей смертности (около 2%). Это показывает, что тампонация опасна там, где материал для тампона сомнительной чистоты или самое производство тампонации заключает много шансов на внесение инфекции (неблагоприятная обстановка). Я полагаю, что и метрейриз при таких условиях не менее, если не более, опасен, так как при нем отсутствуют дренирующие свойства тампона. Мне кажется, что при таких условиях поворот на ножку по *Braxton-Nicks'у*, а в случае его неудачи даже с осторожным ручным расширением зева для введения полной руки, должен быть в общем поставлен на первое место.

В общем в настоящее время (1913 г.) я придерживаюсь следующих положений при лечении *placenta praevia*: при небольшом предлежании последа и при небольшом или умеренном кровотечении применяю широкий разрыв оболочек. Обыкновенно кровотечение почти прекращается. В редких случаях, когда оно продолжается, следует ввести метрейринтер в полость матки (внутриамниально) или сделать поворот на ножку, если это возможно.

При значительном предлежании последа, а также при большой кровопотере без поворота на ножку обойтись нельзя. Если его можно выполнить сразу, это будет наилучшим средством. Если же зев мало раскрыт, то для его раскрытия по крайней мере пальцев до 3-х следует при целом пузыре применять тампонацию *maximum* в течение 10—12 часов.

В исключительных случаях, где тампонация не прекращает значительной кровопотери, показан поворот по *Braxton-Nicks'у* или форсированный поворот, т.-е. с медленным растяжением зева рукою (предполагается неудача *Braxton-Nicks'a*).

Кесарское сечение *per coeliotamiam* показуется при благоприятных для большой операции условиях, если имеем дело с центральным предлежанием последа при доношенном плоде, когда шейка матки не сглажена, особенно у первородящих.

ционных заболеваниях, случайно осложнивших роды, — все это, не поддаваясь обычной терапии, в исключительных случаях может служить показанием к метрейризу. Конкурирующими операциями будут при данных явлениях, с одной стороны, ручное растяжение зева, с другой — кровавое расширение его. Первое применяется при податливом зеве многоорождающих, второе или как предварительная операция для ручного расширения, или как переход к влагалищному кесарскому сечению в случаях особенно тяжелых. Последнее заслуживает при больничной обстановке особенно широкого применения.

Выпадение или предлежание пуповины с прижатием ее, когда зев не позволяет ввести полную руку, а малая подвижность плода исключает применение способа *Braxton-Hicks'a* и когда другие, более бережные приемы, как вправление пуповины, соответственное положение роженицы, не устраняют опасности для ребенка, быстрое расширение зева кольпейринтером, а при целом пузыре уже одно отодвигание головки кольпейринтером может спасти ребенка.

5. Не менее полезным окажется метрейриз при раннем отхождении вод в случаях поперечного положения, когда способ *Braxton-Hicks'a* оказывается недостаточным вследствие малой подвижности плода, а поворот полной рукой невозможен вследствие малого открытия зева. В этих случаях, к счастью редких, кольпейринтер положительно незаменим. Он задерживает истечение вод, ускоряет раскрытие зева и мешает вколачиванию бока плода.

Из вышеизложенного видно, что метрейриз составляет существенное обогащение нашей оперативной терапии. Средство это применялось еще недостаточно широко, чтобы можно было сделать окончательное заключение. Так, я оставил совершенно нетронутым вопрос о применении его при срочных родах с узким тазом, когда воды отходят преждевременно и зев раскрывается крайне медленно. Некоторая сдержанность к новому средству — дело нелишнее, несмотря даже на отдельные очень лестные отзывы. Всем известно, что благоприятные случаи сообщаются охотнее противоположных. Однако, уже и в настоящее время имеются в литературе при большом числе благоприятных довольно и неблагоприятных наблюдений при применении этого пособия. Вот почему мне кажется рациональным придерживаться пока того ограниченного применения этого приема, которое указано мною выше.

Кончаю сообщение следующими заключениями:

1. Метрейриз представляет более сложную операцию, чем введение бужей в матку.
2. Метрейриз может повести к воздушной эмболии, к отклонению предлежащей части плода, к неправильному положению мелких частей его.
3. Он представляет хорошее средство для расширения шейки и зева матки.
4. Расширение этих отделов совершается физиологически при отсутствии влечения за трубку кольпейринтера; напротив, при влечении за последнюю расширение шейки и зева матки резко отличается от физиологического.
5. Механизм действия метрейриза главным образом сводится к раздражению внутренней поверхности матки.

6. Метрейриз — хорошее средство для замены преждевременно лопнувшего пузыря при поперечном положении плода.

7. Метрейриз показан для вызывания искусственных преждевременных родов, если требуется быстрое проведение их.

8. При срочных родах метрейриз, подготавливая родовые пути, может оказать большую пользу, если случайные заболевания матери или опасное состояние плода требуют быстрого окончания родов при мало открытом зеве.

9. При эклампсии и при предлежании последа его применение должно быть ограниченным.

10. Метрейриз, удаляя головку плода от таза, иногда может устранить прижатие пуповины и тем спасти ребенка.

11. Метрейриз представляет существенное обогащение акушерской терапии.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭКЛАМПСИИ И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ.

(на основании 297 случаев.)

Вопрос о патогенезе эклампсии, несмотря на многочисленные исследования, до сих пор представляется открытым. Результатом является, что рациональное лечение этой болезни в настоящее время невозможно.¹ Как и 25 лет тому назад, оно может быть лишь эмпирическим.² Мы должны подметить, какие моменты благоприятно влияют на эту болезнь и, суммируя их, установить лучший способ лечения.

Данные последнего времени, как и прежнего, показывают, что эклампсия болезнь кратковременная — в 82% (Glöckner³) до 84% (Примо⁴) судорожный, самый опасный период ее продолжается не более 24 часов. Между тем, судорожные припадки являются наиболее опасным симптомом этой болезни, доказательством чему могут служить резкие изменения после каждого припадка психической деятельности, дыхания, сердцебиения, а также работы почек.

Несомненным можно признать, что родоразрешение в большинстве случаев способствует ослаблению и даже прекращению припадков, как и то, что применением наркотических средств — морфия, хлорал-гидрата и хлороформа — можно уменьшить и даже совершенно прекратить припадки эклампсии.

Едва ли можно также сомневаться, что внешние раздражения больной способствуют появлению припадков и что, следовательно, устранение их ведет к обратному результату.

Смотря на эклампсию как на болезнь, являющуюся результатом скопления токсинов в организме, хотя бы происхождение и характер их оставались для нас неизвестными, мы должны признать, что правильная доставка кислорода в организм больной, необходимого, как для дыхания всех его клеток, так и для сгорания токсинов, и жидкости, служащей для уменьшения концентрации токсинов, представляется крайне важным.

Исходя из этих положений, лет 28 тому назад мною был предложен и испытан на больных профилактический метод лечения эклампсии, суть которого сводилась к следующему: 1) сделать все, чтобы предупредить судорожные припадки, а именно: уменьшить раздражительность нервной системы и, по возможности, достигнуть спокойного сна больной введением наркотических средств, устранением всяких внешних раздражений, в особенности полового канала (последнее, как показывает опыт, часто ведет

к появлению припадков) и способствовать скорейшему родоразрешению как диететическим, так и оперативным путем, в особенности если судороги под влиянием лекарств и диеты не прекращаются; 2) способствовать энергии жизненных процессов тщательным наблюдением за правильной работой сердца, легких и почек, заботой о надлежащем положении больной, возможно большей доставкой кислорода и некоторого количества жидкости, а при долго длящейся эклампсии или коматозном состоянии — и легко усвояемых питательных веществ.

Опишу вкратце применение профилактического метода у постели больной.

Получая больную с эклампсией, впрыскиваем ей 0,015 (реже 0,02 — 0,01) *morphii muriat.* (если это не сделано раньше) и под хлороформом исследуем ее. Если бы условия для родоразрешающей операции имелись налицо, мы ее производим. В противном случае переводим в помещение, где больная может быть изолирована от внешних раздражений. Ванны, как правило, не делаем.

Если бы загрязнение тела было значительно, предпочитаем обтирание теплыми мокрыми полотенцами на кровати. Клизма у бессознательных больных делается лишь при переполнении кишечника. В случаях средней силы через час вводим *per rectum* с физиологическим раствором и молоком *apa* 100,0 t° 32 — 33° R, а при сознании *per os* 2,0 (реже 1,5 — 2,5) хлорал-гидрата (*chloral-hydrat* 10,0; *mucilago gummi arabici* 20,0; *Aq. dest.* 180,0) с молоком. При угрожающем припадке даем хлороформ и ускоряем введение хлорал-гидрата, а при появившемся — кислород с последующим введением хлорал-гидрата. Через 2 часа снова вводится 0,015 (0,02 — 0,01) *morphii muriat.* Нередко больная засыпает, во всяком же случае наркоз, главным образом хлорал-гидратом, должен быть доведен до покойного состояния больной, прерываемого лишь небольшим беспокойством во время схваток. Хлороформ является важным вспомогательным средством преимущественно в начале лечения, до действия основного наркотического (хлорал-гидрата), быстро и верно успокаивая уже в малых дозах.

Обстановка имеет громадное значение: больная должна спать или дремать и все мешающее этому должно быть устранено или доведено до *minimum'a*. Комната затемняется; звуковые, механические, термические раздражения по возможности устраняются; не только внутреннее, но и наружное исследование ограничивается самым необходимым. Как правило, припадки при этом делаются исключительно редкими или совершенно прекращаются до момента изгнания плода, нередко наступающего совершенно неожиданно при легких потугах больной.

Но и после окончания родов введение наркотических не прекращается. Особенно в первое время, как только матка достаточно сократилась, желательно ввести хлорал-гидрат (1,5, реже 1,0 — 2,0 *per os* при сознании или *per rectum*).

Показанием к усилению или продолжению наркоза будут: твердый, напряженный пульс, сильная головная боль, беспокойное или продолжающееся коматозное состояние больной, а тем более продолжающиеся припадки. Для

случаев средней тяжести до сих пор я придерживаюсь схемы, опубликованной мной в 1900 году² с небольшим изменением, а именно:

Начало лечения	0,015 (0,01 — 0,02) morph. mur.
Через 1 час.	2,0 (1,5 — 2,5) chlor.-hydr.
» 3 »	0,015 (0,01 — 0,02) morph. mur.
» 7 »	2,0 (1,5 — 2,5) chlor.-hydr.
» 13 »	1,5 (1,0 — 2,0) » »
» 21 »	1,5 (1,0 — 2,0) » »

Шансы на прекращение припадков с одновременным прояснением сознания, увеличенным количеством мочи, ослаблением головной боли, падением напряженности пульса и т. д. к концу первого дня очень значительны, хотя бы роды еще и продолжались. Наркоз показан и в течение следующих дней при отсутствии явлений улучшения, при чем в течение суток вводится раза 3 по 1,0 — 1,5 хлорал-гидрата при предвестниках припадков и вышеуказанные дозы при наличии припадков.

В тяжелом положении находится врач при лечении запущенных случаев эклампсии с явлениями угрожающего отека легких. Наличие припадков — достаточное показание к осторожному введению наркотических, хотя бы и в низших указанных дозах.

Целью лечения обыкновенно должно быть прекращение припадков, хотя бы потребовалось введение 4,0 — 5,0 хлорал-гидрата и 0,03 — 0,04 morphii muriat. + хлороформный наркоз (временно) в течение 5 — 6 часов и 9,0 — 10,0 хлорал-гидрата и 0,06 morphii muriat. в течение 12 часов.

При непрекращающихся припадках считаю показанным применение более скорого, но не форсированного родоразрешения. Первое у нас применялось во многих случаях, второе считаю вредным.

Как только условия к безопасному для матери и ребенка оперативному родоразрешению достигнуты, заканчиваем роды соответственной операцией: чаще всего щипцами при головке, стоящей в полости таза, редко поворотом — при подвижной над входом головке с последующим извлечением, а при ножном и ягодичном предлежании — извлечением за ножку.

Согласно с Zweifel'em разрыв пузыря (при отсутствии противопоказаний) считаю благоприятным моментом.

Одновременно с хлорал-гидратом вводим per rectum 4 — 5 раз в день по 150,0 — 250,0 физиологического раствора поваренной соли и молока (ana), а per os — молоко и жидкий чай.

При учащении пульса до 110 — 120 ударов широко применяем digitalis, а в последнее время — digalen. Последний испытан на сравнительно значительном числе случаев, давая благоприятное впечатление.

Катетеризация, подкожные впрыскивания, внутренние исследования, а в первые часы лечения даже наружные исследования и клизмы производятся под легким хлороформным наркозом.

Для усиления деятельности почек полезен совет проф. Губарева — прикладывать к области почек мешки с теплой водой. Нужно лишь

помнить значительную предрасположенность экламптичек к ожогам. К ногам также прикладываются грелки.

Деятельность кожи возбуждается теплым вообще содержанием больной, тепло-влажные же обертывания, стесняющие дыхание и кровообращение и неизбежно связанные с беспокойством больной, являются скорее вредными.

Сухие банки при явлениях угрожающего отека легких применялись очень широко, преимущественно по окончании судорожного периода, но с применением кровопускания нужда в них встречалась реже.

При эклампсии *sub graviditate* указанное лечение дает, как правило, прекращение припадков. В большинстве случаев явления со стороны почек и общего состояния больной резко улучшаются и больная может ожидать срочных родов. В других — явления со стороны почек остаются резко выраженными, несмотря на соответственное лечение, тогда показано искусственное прерывание беременности из-за нефрита.

Таково было лечение в первую половину существования метода, постепенно перешедшее в усовершенствованную форму.

В то время как при первом варианте мы получали 6,6% смертности матерей и считали возможным получить 1—2% смертности их при лечении незапущенных случаев, при усовершенствованном варианте мы получили 2,7% валовой смертности матерей и считаем вероятным спасение матерей близким к абсолютно верному в незапущенных случаях.

Усовершенствование состоит прежде всего в более широком применении кровопускания, которое раньше применялось лишь в редких случаях, главным образом при отеке легких.

В новом варианте мы применяем его немедленно, если больная поступает к нам после 6—7 и более припадков, или если припадки повторились раза 2—3, несмотря на правильно проведенное профилактическое лечение. В редких очень тяжелых случаях оно применялось даже после 2-го припадка и даже при эклампсизме, а также при наличии явлений кровоизлияния в мозг. Оно не делается, если мы считаем возможным разрешить больную через 1—2 часа.

Мы рекомендуем извлекать 400,0 крови у женщин средней крепости, а 500,0 только у очень крепких полнокровных пациенток.

В отдельных случаях мы видели пользу от извлечения 200,0.

Как правило кровопускание сопровождается резким улучшением состояния больной: она делается более спокойной, лицо теряет страдальческое выражение, отечность уменьшается, дыхание делается более ровным и глубоким, хрипы в легких, указывающие на приближение отека, резко уменьшаются, а иногда и совершенно исчезают. Ангиоспазм ослабевает, следствием чего является увеличенное выделение мочи. На нашем материале около 75% больных не имели припадков после кровопускания.

Естественно является вопрос: не следует ли в каждом случае производить эту благодетельную операцию, как это рекомендует проф. Zweifel. Считаю последнее не только излишним, но в некоторых случаях даже вредным.

В самом деле, к чему делать кровопускание у тех экламптичек, которые под влиянием указанного лечения не дают припадков или дали их 1 — 2 раза без видимого ухудшения общего состояния и которые имели вообще мало припадков, а таковых бывает около 70%.

Кровопускание здесь будет лишним, а если больная малокровна и, находясь в состоянии родов или беременности, будет затем иметь значительное кровотечение, она может погибнуть от малокровия или страдать впоследствии от сильной анемии.

Кроме того, в некоторых случаях рана на руке может не срастись *per primam int.* и дать повод к тромбозу и даже эмболии. На нашем материале было 2 — 3 случая неполного срастания раны без сколько-нибудь серьезных последствий для больной. В одном случае при кровопускании была поранена *art. brachialis*, что потребовало перевязки этого сосуда. К счастью, дальнейшее течение ее болезни было вполне благоприятно. Просматривая сообщение *Engelmann'a* *) о последних результатах в его больнице, где применялось кровопускание почти в каждом случае, получается впечатление, что смерть в некоторых случаях наступила там не без влияния этой операции.

Эти соображения и факты заставляют меня рекомендовать кровопускание лишь в тяжелых более или менее запущенных случаях, а также в тех, когда припадки повторяются несмотря на правильное лечение. В общем мы применяли кровопускание лишь в 10% наших случаев, в остальных оно казалось нам излишним и больные поправлялись за исключением двух-трех, которых, конечно, кровопускание не спасло бы (описаны ниже).

Этот факт дает полное основание признать ошибочным мнение проф. *Zweifel'*я, будто бы кровопускание в его лечении (*Aderlass + Stroganoff*) играет первенствующую роль. В литературе я также не встречал достаточного числа наблюдений (200 или хотя бы 100), которые подтверждали бы такое мнение. Напротив, ранее кровопускание было в широком применении, но результаты были плохие. Сам *Zweifel* на 201 случай получил 8,5% смертности матерей, между тем как проф. *Leopold* получил 8% при одном профилактическом методе. Общий результат профилактического метода — на 1115 случаев 9,8% смертности матерей — немногим уступает данным *Zweifel'*я, но зато полученные мною результаты (2,7% смертности матерей) далеко лучше таковых *Zweifel'*я.

К вышеописанному благодетельному влиянию кровопускания можно еще прибавить следующее: оно способствует разжижению крови, которая у экламптичек как правило более густа; облегчает деятельность сердца; уменьшает концентрацию токсинов в крови, и, наконец, способствует более энергичному всасыванию наркотиков из кишки.

Кроме кровопускания при усовершенствованном профилактическом методе более энергично вводятся наркотические в первые 4 — 5 часов лечения.

*) *Zentralblatt f. Gynaek.* 1920 г. № 40.

Нередко между первым и вторым введением наркотических мы хлороформируем 10 — 15 минут экламптичек и вводим несколько скорее хлорал-гидрат.

Несколько слов о применении хлороформа.

Многие американские врачи считают опасным хлороформ при эклампсии и заменяют его эфиром. Особенное преимущество хлороформа кроме быстроты его действия я вижу в понижении кровяного давления. К тому же лично я не наблюдал вредных последствий от него. Очевидно, в чем-то имеется различие. Я не думаю, чтобы препарат в Америке был опаснее нашего: мы применяли прежде хлороформ Schering'a, а в последнее время русского производства. Более вероятна разница в количестве примененного средства и в технике его применения. Несмотря на частое применение этого препарата общее количество его для отдельной больной у нас не велико. Так, в Лондоне, поддерживая наркоз в течение суток, я издержал его только 23 грамма. После впрыскивания морфия, а тем более с последующим введением хлорал-гидрата, для усыпления требуется очень малое количество хлороформа (2,0 — 4,0, редко больше).

В тяжелом положении находится врач при лечении запущенных случаев эклампсии с явлениями угрожающего отека легких. Немедленное кровопускание здесь является показанным, как и осторожное введение средних доз наркотических. Наличие припадков — достаточное показание для введения наркотических. Припадок опаснее, чем введение 1,5 — 2,0 хлор.-гидр. или 0,015 morph.

Должно отметить, что нелеченные случаи, по моим впечатлениям, сильнее поддаются действию наркотических, в то время как леченные недостаточными дозами наркотиков поддаются гораздо труднее.

Очень важно знать предвестники припадка: сильная головная боль, которую мы можем узнать и у бессознательной больной по выражению лица, движению рук, метанию в постели, отдельные судорожные подергивания на лице и конечностях, очень напряженный пульс и в особенности отклонение глаз в сторону с бессмысленным взглядом, устремленным в одну точку, — указанные явления показывают усиленное введение наркотических, а последнее явление — немедленное применение хлороформа.

Во время припадка как правило больную не хлороформируем. Это не только бесполезно, но даже вредно: больная в это время не дышит и следовательно, не может получить хлороформа в достаточном количестве для прекращения судорог, в то же время маска и хлороформ мешают поступлению хотя бы и минимального количества кислорода — того вещества, в котором организм больше всего нуждается в эту минуту. В редких случаях, однако, припадок продолжается более минуты, при чем дыхание происходит при клонических судорогах; в таких случаях хлороформ может проявить свое целебное действие и он показан.

После припадка больная находится в сильнейшей асфиксии; чем скорее она пройдет, тем лучше для больной, поэтому мы даем кислород до устранения синюхи.

Тщательный уход за экламптической больной, как и за всякой тяжелой больной, имеет очень большое значение. После многочисленных припадков как сердечный, так и дыхательный центры, а равно и соответственные мышцы чрезвычайно ослаблены и поэтому даже незначительная лишняя нагрузка их может превзойти их работоспособность и вести к печальному исходу. Уже наложение тяжелых одеял, руки и проч. на грудь такой бессознательной слабой больной может резко ухудшить ее состояние.

Важно также во избежание застойной пневмонии от времени до времени менять положение больной. Это делается обыкновенно уже после прекращения припадков, а при имеющихся — пользуются для этого ближайшими минутами после припадка.

В случаях начинающегося отека легких кроме кровопускания нередко мы применяли сухие банки спереди и сзади грудной клетки, дававшие в некоторых случаях очень резкое улучшение. Прибавлю, что с более широким применением кровопускания мы пользовались ими реже.

Вот то не очень сложное лечение, которое не только почти без исключения ведет к выздоровлению, но даже гарантирует в значительной мере от повторения припадков, как это видно из приводимой ниже статистики.

Еще раз отмечу, что основным требованием метода является прекращение припадков и опыт показывает, что это возможно почти с абсолютной точностью.

Должно отметить, что это лечение может быть проведено не только в клиниках и родильных домах, но и в малых прютах и даже в частных квартирах, следовательно, оно особенно важно для практического врача, для врачей отдаленной провинции. Этим я не хочу сказать, что рекомендую лечить экламптичек на дому. Напротив, как правило они должны быть направлены в хорошо обставленные родильные учреждения — там лучше выполняются все необходимые пособия и операции. Но где такой возможности нет, там врач найдет в профилактическом методе могущественное орудие для борьбы с эклампсией.

Перехожу к результатам лечения по профилактическому методу.

Первые 58 случаев, леченные по первому варианту, не дали ни одной смерти от эклампсии; единственный летальный исход был обусловлен крупозной пневмонией.⁸ Смертность детей в этой группе при эклампсии *sub partu et sub graviditate* = 13,5%. (Из них один ребенок был уже мертвым при начале лечения, а другой подвергся по рождении операции удаления большой *teratomae*.)

Через 2 года мною было сообщено о 126 случаях по этому способу со смертностью матерей 6,3%, при чем она зависела или от осложнений, или от безнадежного состояния, в котором прибывали экламптики. Из 62 детей, перенесших эклампсию *sub partu* или *sub graviditate*, погибло 16, т.е. 25%.

Д-р П р и м о⁴ описал последующие 83 случая эклампсии в Повивально-Гинекологическом Институте со смертностью матерей 8,5%, при чем погибла только одна аутохтонная (1,2%), остальные — внешние. Из

54 детей, рожденных в Институте при эклампсии *sub et ante partum*, погибло до выписки 12, т.-е. 22,2%. В действительности % смертности еще меньше, так как 5 беременных, страдавших эклампсией, по выздоровлении были выписаны с ясным сердцебиением плода; с присоединением их смертность детей выразится цифрой 20,34%, из коих на долю родившихся мертвыми придется 13,56%, и на умерших по рождению — 6,78% (вес последних детей = 1100,0; 1650,0; 2180,0; 2590,0; 4250,0).

С тех пор, то-есть с 1/V 1905 года (до 1908 г.) в Повивально-Гинекологическом Институте наблюдалось 95 случаев эклампсии. Кроме того в приюте проф. Красовского, где эклампсия лечилась по тому же методу, с 1/I 1902 года по декабрь 1907 года наблюдалось 26, еще не опубликованных случаев эклампсии. На все это число наблюдалось 8 смертных исходов, т.-е. 6,6% смертности ($121 : 8 = 6,6\%$).

Опишу сжато летальные случаи эклампсии за указанные годы (предыдущие описаны в указанных статьях).

Прежде всего приведу случаи, где смерть произошла главным образом от эклампсии, в которых, как видно, лечение было проведено крайне недостаточно. В скобках курсивом я приведу свои замечания на допущенные, по моему мнению, неправильности лечения.

1. № 1299. 1905 года. Повив.-Гинек. Институт.

Больная перворождающая поступила 14/VI 1905 г. в 3 ч. 45 м. дня после бывших на дому нескольких припадков с несколько потемненным сознанием при пульсе 92 и t° 38,1. Минут через 15 (4 ч. дня) 1-й припадок в Институте. Произведено внутреннее исследование. *(О хлороформе при исследовании и катетеризации ничего не сказано — я считаю это первой ошибкой: в данном случае не было никакого противопоказания к хлороформному наркозу во время внутреннего исследования).* Зев открыт на палец, шейка слажена. Мочи выпущено катетером около 150,0, белка в ней около $\frac{1}{4}$ части жидкости. В 4 ч. 15 м. дня впрыснуто 0,01 morphii muriat. под кожу *(и мало, и поздно!)*

В 6 ч. 50 м. больная пришла в сознание, отвечала и выпила немного молока.

В 6 ч. 55 м. 2-й припадок эклампсии, после чего поставлена клизма с 1,5 хлорал-гидрата. Внутреннее исследование показало то же открытие. Назначен влагилицный душ в 32°. *(Целый ряд отступлений от описываемого метода: 1) следовало бы в виду тяжести случая не позднее 5 ч. 15 м. ввести 0,015 morphii muriat. под кожу или лучше 2,0 хлорал-гидрата с 200,0 молока и физиологич. раствора per rectum. Далее всякие распросы больной — вредны; они способствуют появлению припадков. Внутреннее исследование было произведено преждевременно, без показаний и без хлороформного наркоза, к тому же назначен влагилицный душ в 32° — новое раздражение полового канала — все это в полном противоречии с рекомендуемым методом. Доза 1,5 хлорал-гидрата в 6 ч. 55 м. очень недостаточна.)*

Вполне понятен результат — припадки участились и усилились: в 7 ч. 35 м. веч 3-й припадок (2 минуты). T° 39,1. Пульс 116. Сердцебиение плода ясно не слышно. Больная очень беспокойна. *(Показание к новому введению морфия и хлорал-гидрата и даже к применению хлороформа, но это не делается).* 9 ч. 10 м. веч. 4-й припадок в $1\frac{1}{2}$ минуты. *(И теперь не введено хлорал-гидрата — продолжение ошибочных действий.)*

В 9 ч. 45 м. веч. того же 14/VI под хлороформным наркозом сделано расширение зева 2-мя пальцами до $2\frac{1}{2}$ пальцев, вслед за которым сделан душ в 32° из борного

раствора. (С этим можно согласиться, но было бы лучше довести расширение зева до 3-х пальцев и сделать перфорацию в случае уверенности в смерти плода — это будет редко — или поворот, если он возможен, или выжидание, при обязательном введении хлорал-гидрата *per gestum*. При эклампсии меры должны быть энергичные, но под хлороформом. Расширение зева руками я отношу к энергичным мерам, душ — к неверным и слабым.)

В 10 ч. 5 $\frac{1}{2}$ м. веч. 5-й припадок, по миновании которого больная сильно беспокоится, мечется, с трудом сдерживается. Клизма из хлорал-гидрата 2,0. (Надлежащая доза, но слишком поздно! Следовало бы успокоить больную хлороформированием.) Все же заметно благотворное влияние.

Следующий 6-й припадок в 11 ч. 40 м. П. 140.

При таком положении показано немедленное родоразрешение — поворотом, щипцами или перфорацией.

В 12 ч. ночи 7-й припадок. П. 140. Исследование под хлороформом дало прежний результат. Головка малым сегментом во входе, подвижна. В легких — обильные хрипы. Пульс малый. Упадок сил. Под кожу мускус.

В 12 ч. 10 м. ночи 8-й припадок, вскоре после которого исчезли сначала пульс, а потом и дыхание. Сделано кесарское сечение, извлечен живой плод.

Следовательно, всего было введено в течение 8 ч. 45 м. 3,5 хлорал-гидрата и 0,01 morphii muriat. под кожу + недостаточный хлороформный наркоз.

2. № 1360. 1906 года. Повив.-Гинек. Инст.

Больная 2-рождающая поступила в Институт 25/iv 1906 года в 9 ч. 40 м. утра. Зев на 2 пальца, шейка сглажена, головка во входе. Пузырь не напрягается.

В 10 ч. 15 м. 1-й припадок эклампсии. Впрыснуто под кожу 0,015 morphii muriat. и произведено под хлороформом внутреннее исследование, показавшее, конечно, прежние явления. (Правильная доза, но лишнее исследование!)

В 11 ч. 30 м. 2-й припадок и только тогда ввели 2,0 хлорал-гидрата в *gestum* под хлороформным наркозом. (Правильная доза, но поздно! Следовало бы ввести в 11 ч. 15 м.)

В 1 ч. 58 м. дня 25/iv 3-й припадок, во время которого давали кислород, а затем впрыснули под кожу 0,015 morphii muriat. под наркозом. (Правильно, но поздно! Согласно приведенной схеме, следовало бы это сделать в 1 ч. 15 м. дня.)

В 4 ч. 3 м. дня 4-й припадок. Сделана клизма всего из 1,5 хлорал-гидрата с молоком. (Мало и поздно!)

В 5 ч. 15 м. 5-й припадок, в 5 ч. 30 м. 6-й и вскоре 7-й припадки, в 5 ч. 50 м. веч. рождение 1-го, а в 6 ч. 5 м. второго живого плода. Вскоре после этого новые 2 припадка. (Введения хлорал-гидрата не сделано!)

В 7 ч. 43 м. веч. 9-й припадок, впрыснуто в *gestum* 1,0 хлорал-гидрата. Далее с 8 ч. 10 м. до 11 ч. 10 м. веч. наблюдалось 7 припадков эклампсии с промежутком от 15 до 50 м. Введение морфия и хлорал-гидрата не сделано. Только в 11 ч. 30 м. введено 2,0 хлорал-гидрата + 100,0 физиолог. раств. *per gestum*. В 11 ч. 50 м. веч. 17-й припадок. В 12 ч. 25 м. 18-й припадок. Morphii muriat. 0,015 в 12 ч. 25 м. ночи + в 12 ч. 30 м. клизма из 200,0 физиологич. раствора.

В 1 ч. 5 м. ночи 19-й припадок. Клизма из хлорал-гидрата 1,5. В 1 ч. 55 м. 20-й и последний припадок. В 2 часа снова введено 1,5 хлорал-гидрата + 0,015 morphii, следов., очень энергично, и припадки, действительно, прекратились. Вероятно, больная была бы спасена, если бы не присоединились явления со стороны легких. В 3 ч. 20 м. ночи 26/vi t° 39,1. П. 124. Д. 36. В 7 ч. 15 м. утра t° 40,2. П. 132; в 8 ч. 45 м. t° 40,8. В 4 ч. 10 м. больная скончалась при явлениях воспаления и отека легких. (Самым существенным недостатком лечения данного случая было малое введение хлорал-гидрата с 15 ч. 15 м. дня по 11 ч. 30 м. веч., когда было введено всего 1,5 хлорал-гидрата, несмотря на 12 припадков эклампсии.)

3. № 2898. 1906 г. Перворождающая, поступила 7/xi в 5 ч. утра, 21 г. от роду, с t° 36,4. Белок в моче. В 9 ч. 10 м. утра 1-й припадок эклампсии. Кислород, а в 9 ч. 30 м. введено под кожу 0,02 morphii muriat. + хлороф. наркоз 1/2 часа. В 10 ч. 30 м. у. внутр. исследование: зев на 3 1/2 пальца, края тонки, пузырь цел, головка большим сегментом во входе. В 10 ч. 35 м. впрыснуто под кожу 0,015 morphii muriat.

В 11 ч. 30 м. 2-й припадок — кислород.

» 11 ч. 5 м. 3-й » »

» 12 ч. 5 м. 4-й » »

Хлороф. наркоз в течение 20 минут. В 12 ч. 25 м. дня введено per rectum 1,5 хлорал-гидрата. (И поздно, и мало!) В 1 ч. 55 м. дня 5-й припадок. В 2 ч. новое исследование под хлороф. Зев на 4 1/2 пальца, головка значительным сегментом во входе. Малый рожничок вправо и немного взад, большой рожничок влево и немного вперед. Пузырь цел.

Пузырь разорван, per rectum введено 2,0 хлорал-гидрата. Часть клизмы вышла.

Снова введено 1,0 хлорал-гидрата.

В 2 ч. 40 м. 6-й припадок. В 2 ч. 50 м. введено per rectum 1,5 хлорал-гидрата. В 3 ч. 25 м. 7-й припадок. В 4 часа — наложение щипцов и извлечение плода в 4 ч. 25 м. Послед вышел через 15 м. В 6 ч. 45 м. клизма из молока и физиологического раствора поваренной соли 400,0. В 6 ч. 54 м. 8-й припадок. В 7 ч. 30 м. хлорал-гидрат 1,0 per rectum. В 8 ч. 40 м. снова припадок (9-й), повторившийся (10-й) через 5 минут.

Пульс 170 — 180 в минуту. T° 39,0; в 10 ч. в. мускус, камфора. В 10 ч. 55 м. впрыскивание 0,01 morphii muriat. под кожу. В 12 ч. 30 м. t° 39,1. П. 148.

8/xi. 1 ч. ночи. Впрыскивание еще 0,01 morphii muriat. под кожу, а затем сухие банки на грудь и digitalis per rectum. В 4 ч. 38 м. и в 4 ч. 44 м. снова 2 припадка. В 5 ч. 5 м. впрыскивание 0,012 morphii muriat. под кожу. В 7 ч. 45 м. утра t° 40,0. П. 130 с церебоями. В 8 1/2 exitus letalis.

(Следовательно, в общем было введено 6,0 хлорал-гидрата и 0,067 morphii muriat. под кожу + хлороформный наркоз 4 раза в течение суток. Лечение введено недостаточно энергично, особенно вначале, и затем много морфия и мало хлорал-гидрата!)

При вскрытии найдено: pneumonia catarrhalis duplex acuta, hyperplasia lienis acuta, degeneratio parenchymatosa hepatis, renum, cordis. Nephritis chronica. Pleuritis chronica dextra. Oedema pulmonum, riae et durae matris, cerebri.

Смерть последовала от эклампсии.

4. № 477. 1906 года.

Перворождающая 23 лет с белком в моче поступила в Институт 11/ii 1906 года в 11 ч. 30 м. ночи. Через 1 ч. 20 м. (в 12 ч. 50 м. ночи 12/ii) она имеет 1-й припадок эклампсии, вслед за которым ей вводится под кожу 0,015 morphii muriat. + хлороформный наркоз 10,0 в 1 ч. 30 м. ночи для исследования и катетеризации.

В 1 ч. 35 м. 2-й припадок. В 2 ч. 35 м. 3-й припадок: 2,0 хлорал-гидрата с водой per rectum.

12/ii в 3 ч. 35 м. 4-й припадок. Morphii muriat. 0,015 под кожу. В 4 ч. 20 м. 5-й припадок. В 4 ч. 50 м. 6-й припадок, после чего введено per rectum 1,5 хлорал-гидрата + физиологич. раствор 200,0. В 5 ч. 10 м. 7-й припадок. В 5 ч. 41 м. 8-й припадок. В 6 ч. утра 9-й припадок. В 6 ч. 50 м. расширение зева двуручным способом. Хлорал-гидрат 1,0, физиологич. раствор 200,0. В 7 ч. 30 м. утра 10-й припадок.

Решено разрешить больную в 9 ч. утра. Растяжение зева пальцами, наложение щипцов. Извлечение асфиктического ребенка живым. В 9 ч. 30 м. утра 11-й припадок. В 10 ч. 40 м. chloral-hydrat, 0,5, физиологич. раствор поваренной соли 200,0 per rectum. Смерть в 1 ч. 25 м. при явлениях паралича сердца.

Результат вскрытия: смерть последовала от эклампсии при явлениях отека легких.

(Следовательно, в общем было введено 5,0 хлорал-гидрата и 0,03 morphii muriat. — несомненно доза недостаточная для такого тяжелого случая.)

5. № 2323. 1906 года.

Перворождающая 21 г. поступила в Институт 22/ix в 9 ч. 5 м. утра с белком в моче в начале родов. Через 20 ч. по поступлении роды были окончены выходными щипцами вследствие истощения больной и повышения t° до 39,0 в последние часы. Первые 3 дня t° и пульс нормальны, но матка болезненна и психика делается более и более угнетенной. С 3-го дня желтушное окрашивание кожи, к вечеру почти бессознательное состояние. На 4-й день — явление судорог, принятых за экламптические. Белка в моче нет. Впрыснуто 0,01 morphii muriatici.

2-й припадок судорог через 3 ч., когда введено 1,5 хлорал-гидрата per clysmam. 3-й и 4-й припадки часа через 2 и 2 $\frac{1}{2}$. Вводили лишь физиологический раствор поваренной соли, так как предположен диагноз *icterus gravis*, в виду уменьшения тупости печени и желтухи, хотя ни желчных пигментов, ни тирозина в моче не найдено. В 8 ч. 55 м. веч. больная умерла при явлениях отека легких.

Посмертный диагноз: *nephritis parenchymatosa, endometritis septica*, общие септические изменения внутренних органов. Что же касается печени, то она найдена уменьшенной с явлениями резкого жирового перерождения клеток.

6. № 1371. 1907 года.

Перворождающая 35 лет, имела всего 4 припадка эклампсии средней силы. После родов припадков не было и состояние ее стало улучшаться: t° 37. П. 110; ночь провела спокойно, пила молоко и сознательно отвечала на вопросы. В моче меньше белка. В течение дня явления легочного заболевания, от которого и погибает вечером следующего дня.

Посмертный диагноз: смерть последовала от катарральной пневмонии (*influenza?*) и гнойного плеврита.

7. То же было и с больной № 3295, 1907 года. Больная привезена в бессознательном состоянии в Институт с заявлением, что у нее были припадки, с t° 39,4. П. 80.

В институте 3 припадка до родоразрешения, t° 40,7. П. 140. Щипцы через 5 ч. по поступлении.

Повышение t° в следующий день до 41,9, явления заболевания и отека легких. Смерть вечером.

Посмертный диагноз: *pneumonia lobularis, oedema pulmonum. Degeneratio adiposa hepatis. Nuregaemia durae et plae matris. Eclampsia.*

8. № 1593. 1905 года.

Перворождающая 34 лет, с белком в моче, отеками и гидремией родила живого доношенного 3050,0 весом ребенка 8/ix 1905 г. в 8 ч. 30 м. веч. Через 3 ч. 40 м. (9/ix 12 ч. 10 м. ночи) 1-й припадок эклампсии, за которым следовали еще 2 в 1 ч. 25 м. и 3 ч. 5 м. ночи того же 9/ix. Бессознательное состояние со второго припадка, нормальная t° и удовлетворительный пульс. К вечеру начинает приходить в сознание — отвечает на вопросы, пьет молоко и чай, выделяет порядочное количество мочи. 10/xi в 11 ч. дня повышение t° до 38,8 при пульсе 82, сильный отек правой большой губы, геморрагические точки на бедрах. Белка в моче меньше, цилиндров нет. T° с вышеозначенного часа до 8 ч. веч. 12/ix остается нормальной, когда она снова делается лихорадочной. Одновременно явления затруднения дыхания с болью в горле до такой степени, что больная не в состоянии лежать, цианотична. Афония. Влажные хрипы в обоих легких.

14/ix консультация с проф. Никитиным (ларингологом), который нашел *oedema pulmonum et oedema laryngis*. Утром 15/xi дыхание еще более затруднено, почему произведена трахеотомия, во время которой больная скончалась. Посмертный диагноз: смерть последовала при явлениях отека гортани и гипостатической пневмонии.

Для сравнения приведу несколько случаев правильного лечения эклампсии. Начну с *eclampsia sub graviditate*, считаемых обычно самыми тяжелыми.

№ 2753, 1907 года. Повив.-Гинец. Инст.

Первобеременная 21 г. доставлена в Институт в 4 ч. дня 1/x в припадке судорог, в бессознательном состоянии с прикушенным языком, после бывших на дому 4-х припадков эклампсии. В 4 ч. 20 м. хлороформный наркоз и 0,01 morphii muriat. под кожу.

В 5 ч. 40 м. веч. хлорал-гидрат 2,0 per rectum

» 7 ч. 50 м. » » » 2,0 » »

» 11 ч. ночи тоже с молоком.

Больная спокойно спит. В 2 ч. 30 м. ночи 2/x мочилась сама. Припадков нет. В 7 ч. снова 2,0 хлорал-гидрата в виду сильной головной боли. Состояние больной прогрессивно улучшается. В 3 ч. дня опорожняющая клизма. В 8 ч. веч. в виду беспокойства и головной боли дано 1,0 хлорал-гидрата с молоком. В виду продолжения головной боли и значительного количества белка в моче со многими гиалиновыми и зернистыми цилиндрами, хотя и при полном отсутствии припадков, 3/x в 6 ч. 45 м. веч. был введен в матку метрейринтер для вызывания искусственных преждевременных родов.*

Роды в полном сознании и без припадков; живая девочка 1850,0 весом.

Нормальный послеродовой период. Выписана на 10-й день с ребенком. Моча без цилиндров, следы белка.

№ 3062. 1907 г. Повив.-Гинец. Инстит. Беременная на 10-м месяце, 8-й раз. 33 лет от роду, доставлена мужем в Институт после 2-х припадков эклампсии на дому с потерей сознания 21/x 1907 г. в 4-м ч. дня. В 4 ч. первый (3) припадок эклампсии, после чего в 4 ч. 10 м. введено под кожу 0,02 morphii muriat. В 4 ч. 20 м. новый легкий припадок (4-й). В 5 ч. дня введено per rectum 2,0 хлорал-гидрата, а в 5 ч. 45 м. веч. исследование под хлороформным наркозом: шейка цела, внутренний зев пропускает палец. Головка над входом. Пузырь цел. Выпущено 200,0 мочи — много белка и гиалиновых цилиндров. В 8 ч. веч. снова 1,5 хлорал-гидрата с молоком, но уже per os, так как больная начинает приходить в сознание. В 12 ч. ночи снова 1,0 хлорал-гидрата с молоком per os. Припадков нет, состояние прогрессивно улучшается, больная спит, просыпается лишь для питья. В 9 ч. утра 22/x дан хлорал-гидрат 1,0. В дальнейшем состояние больной продолжало улучшаться, моча сделалась без белка и цилиндров и больная в хорошем состоянии пожелала выписаться с хорошим сердцебиением плода 26/x 1907 года.

Следующий случай — эклампсии sub partu.

№ 2508. 1907 г. Повив.-Гинец. Инст.

Перворождающая 22 лет поступает в 1 ч. дня 15/ix. Около 1 ч. 15 м. в ванне после клизмы неожиданно 1-й припадок эклампсии; 0,015 morphii muriat. под кожу.

В 1 ч. 35 м. 2-й припадок эклампсии. В 2 ч. 25 м. дня под хлороформным наркозом выпущено 100,0 мочи и впрыснуто 0,015 morphii muriat. Припадков больше нет. В 3 ч. 55 м. введено под легким хлороформным наркозом 2,0 хлорал-гидрата. В 6 ч. дня сознание помрачено, беспокойна, но пьет молоко + 2,0 хлорал-гидрата. В 11 ч. 25 м. веч. больная проснулась, под легким хлороформным наркозом выпущено 300,0 мочи и введено 2,0 хлорал-гидрата per clusmat.

16/ix. В 2 ч. 50 м. ночи под хлороформом исследование и выведение мочи. В 4 ч. 15 м. у. в виду беспокойства больной хлороформирование $\frac{1}{4}$ часа и 2,0 хлорал-гидрата. В 5 ч. 5 м. зев на 4 пальца — вскрыт пузырь под хлороформным наркозом. В 5 ч. 35 м. родился живой ребенок. В 9 ч. 10 м. у. зашивание разрыва под хлороформным наркозом. В 2 ч. 45 м. дня немного галлюцинирует, сознания нет. 0,75 хлорал-гидрата с молоком. В 5 ч. дня покойнее. В 7 ч. 30 м. 0,75 хлорал-гидрата.

17/ix. Беспокойна, стонет, вздрагивает, 0,75 хлорал-гидрата в 8 ч. веч. Пришла в сознание около 5 час. 0,75 хлорал-гидрата. Выписана здоровой с ребенком на 12-й день.

№ 1143. 1907 г. Приют им. проф. К р а с о в с к о г о. Перворождающая, 21 года, поступила в приют 25/x с зевом на 1 $\frac{1}{2}$ пальца. Роды начались в 6 ч. веч. того же дня.

* В настоящее время я ограничился бы только разрывом пузыря.

В моче при кипячении едва заметная муть. В 2 ч. 55 м. ночи 26/xi 1-й припадок эклампсии. В 3 ч. впрыснуто под кожу 0,015 morphii muriat. В 3 ч. 25 м. новый (2-й) припадок. В 3 ч. 30 м. введено per rectum 1,5 хлорал-гидрата. В 4 ч. 3-й припадок. В 4 ч. 15 м. введено под кожу 0,015 morphii muriat. В 4 ч. 55 м. хлороформный наркоз. В 5 ч. 20 м. — 2,0 хлорал-гидрата per rectum с молоком 100,0. В 6 ч. 45 м. — 1,0 хлорал-гидрата. Тем не менее в 7 ч. 15 м. новый (5-й) припадок. Больная делает впечатление, будто она нагуживается, почему (а равно и в виду очень частых припадков) произведено внутреннее исследование; при этом найдено: головка в полости, зев почти совершенный. Щипцы. В 8 ч. 5 м. извлечен живой ребенок, а в 8 ч. 25 м. удален послед по C r e d é. Через 5 м. последний (6-й) припадок. В 8 ч. 35 м. утра 26/xi введено под кожу 0,015 morphii muriat, как быстро и точно дозируемое наркотическое. В 10 ч. 40 м. дня и в 12 ч. 15 м. было введено по 1,0 хлорал-гидрата per cluysmat, а в 4 ч. 20 м. веч., когда больная начала приходить в сознание, та же доза per os.

В этом случае, следовательно, было применено в течение 13 ч. 20 м. 7,5 хлорал-гидрата, 0,045 morphii muriat. и двукратный хлороформный наркоз. Состояние больной, несмотря на значительную силу припадков и их частоту, а также и большее количество введенных наркотических, оставалось удовлетворительным. После припадков количество белка значительно увеличилось. Нормальное течение послеродового периода. Выписана с ребенком 2/xii 1907 года.

Редко приходится встречать подобные тяжелые случаи, где припадки не прекращаются несмотря на большие дозы наркотических. Я заметил, что при этом роды идут более быстрым темпом и, следовательно, родоразрешающую операцию можно производить через более короткий срок.

Итак, в 3-х случаях смерть произошла, главным образом, от эклампсии, из них в двух (№ 1299—1905 г. и № 1360—1906 г.) лечение велось далеко не отвечая указанным принципам. В третьем случае (№ 477 — 1906 г.) лечение велось не энергично. В остальных причиной смерти, главным образом, были осложнения.

Таким образом, принимая во внимание эти данные, можно сделать еще более благоприятное заключение для описываемого метода.

Суммируя все случаи, мы получаем большую группу в 330 эклампсий, леченных по профилактическому методу, с 23 летальными исходами, т.-е. 6,9% смертности. Большая часть этих смертей зависела от осложнений: пневмонии, сепсиса, кровотечения и т. д. Из умерших от эклампсии некоторые доставлены в безнадежном состоянии, другие были лечены недостаточно энергично.

Если я позволил себе указать на недостатки лечения, то сделал это с целью показать, что и полученную смертность я считаю очень высокой. Мое убеждение на основании наблюдения и анализа трех сотен эклампсий, что смертность при этой болезни не должна быть выше 1, много 2%, если больная попадет под наблюдение врача в начале болезни, не имея каких-либо тяжелых осложнений. Я должен оговориться, что исключаю из этого числа так называемые «эклампсии без припадков», к счастью, наблюдающиеся крайне редко, лечение которых я считаю в настоящее время неустановленным.

Не менее благоприятны данные и для детей: из 176 перенесших эклампсию in utero (eclampsia sub graviditate et sub partu) погибло 38, т.-е. 21,6% смертности.

Так же благоприятно отразилось это лечение на количестве припадков, а именно: средним числом их было в институте и в приюте по 3,5 на каждую экламптичку, между тем как в других учреждениях Петербурга их было 6,9; 9,5; 6,8; 7,5.² В Надеждинском родовспомогательном заведении⁸ только аутохтонные случаи, следовательно, наиболее благоприятные, имели их 4,6 (Zweifel⁹ имел их от 11 до 13, Schreiber из клиники Chrobak в Вене — 8). Считаю нужным добавить, что заявление, сделанное Prof. Dürrsen¹⁰ом, ¹⁰ будто бы эклампсии, леченные по моему методу, отличались легким характером, до некоторой степени опровергается уже тем, что при неэнергичном лечении они принимали тяжелое течение, а также тем, что такая большая группа случаев в течение 10 лет не может состоять из одних легких случаев, до некоторой же степени оно опровергается следующим наблюдением в Heidelberg'e:

Во время моего посещения клиники Prof. Rothorn'a 14—27/vii 1907 года там наблюдался следующий тяжелый случай послеродовой эклампсии: роды окончились 26/vii в 2 ч. ночи слегка недоношенным ребенком. В 1 ч. 30 м. ночи 27/vii 1-й припадок эклампсии, за которым следовали еще 10 припадков в течение 9 часов, из них последний — 11-й припадок — был в 10 ч. 55 м. у. Больная находилась в крайне тяжелом коматозном состоянии при пульсе 150, неправильном, слабаватом и 24 дыханиях в минуту; много белка в моче с зернистыми и гиалиновыми цилиндрами. Проф. Rothorn предложил мне применить мое лечение эклампсии. С момента начала моего лечения (11 ч. 20 м. у. 27/vii) не было ни одного припадка эклампсии; постепенное улучшение. Через час пульс 140, через 3 часа — 120, а к 9 ч. веч. — 100, когда больная стала отвечать на вопросы и выпила около 200,0 молока + 0,75 хлорал-гидрата. Ночь провела спокойно и к утру состояние продолжало улучшаться, когда я уехал из Heidelberg'a. Выздоровление.

Таково было положение дела в 1908 году.

В конце 1918 года я собрал доступный мне, далеко неполный, материал из международной литературы относительно результатов лечения по разбираемому методу и его вариантам. * Из 2208 экламптичек, леченных таким образом, умерли 216, т.-е. 9,8%. Более 50 авторов кроме того рекомендуют или применяют тот же метод, но не описали полученный ими результат. При других методах в тех же учреждениях смертность была слишком в два раза более (где имеются цифры). Отмечу, что профилактический метод + кровопускание дал почти одинаковый результат: 9,0% смертности матерей (731 случай).

Почти то же можно сказать о смертности детей. Правда, во многих статьях нет точных указаний на это и я мог получить сведения только о 878 детях от больных эклампсией. Их смертность была %/о на 12 меньше, чем при предшествующих методах лечения.

Проф. Hinselmann в 1924 году собрал еще 1094 случаев, леченных по тому же методу, а в следующем году я нашел еще 533 случая, ** что в сумме составляет 3835 эклампсий с 411 смертельными исходами, т.-е. 10,7%.

* «Гинекологический Вестник», т. 1, вып. 2, 1920 г.

** Hinselmann. «Die Eclampsie». Я собрал случаи из клиники Reham'a 47, Colossi 41, Willson'a 137, мой 54, Heinlein 57, Silovic Srecko 117 и Liebmann'a 80.

Наиболее интересны результаты, полученные нами при применении усовершенствованного профилактического метода.

1. Из 297 случаев умерло 8, т.-е. 2,7‰, из них, я полагаю, можно редуцировать по крайней мере 7, если не все 8, как умерших вследствие безнадежного состояния при прибытии или от осложняющих заболеваний.

Вот краткие сведения об умерших пациентках.

1. Больная доставлена в Институт умирающей после 15 припадков на дому в глубоком коматозном состоянии. Эклампсия *sub graviditate*. В Институте ни одного припадков, смерть через 4 ч. 40 м. по поступлении. На вскрытии кровоизлияние в мозговой оболочке и в области центральных ганглий. Полости 3-го и 4-го желудочков выполнены темного цвета сгустками. *Pneumonia lobularis incipiens* и т. д.

2. Прибыла в Институт после 26 припадков с t° 39,9, пульс 120, дыхание 36. В Институте 5 припадков с внезапной смертью при 5-м припадке. Пребывание в Институте 3 часа.

3. Перворождающая с 4-мя припадками эклампсии, из них 3 после родов. Эклампсия прервана, больная приходит в сознание, но на второй день заболевает гриппозной пневмонией (в Петрограде в то время свирепствовал грипп. 1919 г.). Впоследствии присоединился *sepsis*. Больная погибла на 16-й день после эклампсии от гриппозной пневмонии и *sepsis'a*.

4. Больная прибыла в Институт после 4-х припадков на дому, с t° 38 — 39°, 5-й при приеме. У нее отрезаны трамваем года два тому назад ноги до половины бедра. За отсутствием хлорал-гидрата она была лечена *hedonal'om*. В Институте наблюдалось лишь 4 припадков. Произвольное родоразрешение мертвым ребенком и смерть через 9 часов при явлениях отека легких. Пребывание в Институте 16 часов.

Как видно из описания, главный медикамент метода — хлорал-гидрат не мог быть применен в данном случае.

5. Больная с нефритом, два легких припадков эклампсии *intercurrents*, роды живым ребенком. *Fogers*. Возвращение сознания и хорошее состояние на следующий день. Ухудшение состояния в дальнейшие дни с потерей сознания и желтухой и смерть от фабринозно-гнойной пневмонии и септицемии.

6. Больная привезена умирающей после 4 припадков на дому. *Seetio Caesarea* для спасения ребенка. Пребывание в Институте 8 ч. 30 м. с 2-мя припадками.

7. Прибыла в Институт после 3 припадков на дому умирающей с явлениями отека легких. Смерть через 6 час. 40 м. по поступлении. В Институте только один припадок.

Для видевших этих больных не могло быть никакого сомнения, что никакое другое лечение не могло спасти их.

8. Единственный случай, где профилактический метод не прервал припадков до 10-го, был осложнен жирно перерожденным сердцем; несмотря на родоразрешение, припадки все же продолжались. 10-й и 11-й припадки следовали

почти непрерывно один за другим, в течение которых произошло кровоизлияние в дно 4-го желудочка. Смерть через несколько минут.

II. Резкое уменьшение припадков с начала лечения. В 40% они немедленно прекратились, в 45% они наблюдались лишь 1 — 3 раза и только в 15% их было больше 3.

III. Большое число интеркуррентных эклампсий, т.-е. давших прекращение припадков за 12 часов и более до родоразрешения. Их было на общее число эклампсий 17%. Если же выбросить послеродовые эклампсии и те, у которых первый припадок наблюдался менее чем за 12 часов до родоразрешения, то таковых было 45%, а среди эклампсий *sub graviditate* даже 64%.

IV. Малое количество психических заболеваний на 297 — 5, т.-е. 1,7%.

V. Малая смертность детей для всей группы 16,6%. Если же редуцировать мертвых до начала лечения, нежизнеспособных, умерших от *lues'a*, холода и т. п., то смертность детей будет равна 6,5%.

VI. Ни одной смерти матери вследствие лечения.

VII. Малое число оперативных пособий (54%).

VIII. Малое число последовательных пневмоний: на 297 — 4, т.-е. 1,3%.

XIX. Быстрое поправление больных.

Результаты последних наблюдений (297), подкрепленных еще большим числом (573) леченных по первому варианту профилактического метода, приводят меня к заключению, что предсказание при эклампсии почти абсолютно благоприятно (0,3% смертности).

К такому же заключению на основании обширных исследований приходит и проф. *Hinselman* (L. c. S. 854): «Bei der hohen Leitungsfähigkeit der jetzigen Eklampsietherapie entscheidet über das Schicksal der Kranken nicht die Intensität der Grundstörung, sondern der Zustand von Gehirn, Lunge und Herz bei der Aufnahme. Die Begriffe leichter und schwerer Fall sind als irreführend auszumerzen».

Естественно, что эти результаты обращают на себя внимание всех ученых и этот метод описывается в последних вышедших руководствах (*Döderlein, Jaschke, Stoeckel, Williams, De Lee* и пр.).

Проф. *Jelett* (Дублин) говорит даже, что этот метод применяется в настоящее время с большими или меньшими вариантами почти во всех родо-вспомогательных учреждениях мира. Проф. *Forsner* полагает, что выжидательный (Строгановский) метод делается главным методом, если не единственно господствующим («nicht die allein herrschende». *Jahresbericht über 1916.*). Но я должен отметить, что как в учебниках, так и при применении, почти нигде его не применяют полностью, с обращением внимания на все детали и только поэтому никто не получает таких результатов, какие получены у нас.

В последнее время я испытываю консультацию по телефону относительно экламптических больных и пока получаю, если не блестящие, то все же в два раза лучшие результаты, чем они были раньше в этих учреждениях (около 7% смертности вместо 16,4). Прибавлю, что, применяя вышеописанный метод лечения, мы не нуждаемся в форсированном родоразрешении,

в кесарском сечении, в рассечении капсулы почек, как и ее существа, а тем более в комбинации этих операций.

Закончу словами, сказанными мной 25 лет тому назад о профилактическом методе лечения эклампсии на съезде естествоиспытателей и врачей в Петербурге: «Я знаю немного болезней, где лекарственная терапия оказывала бы более блестящее действие, чем при профилактическом методе, почему горячо предлагаю его вам в полной уверенности, что вы спасете не мало жизней».

Положения.

1. Профилактический метод лечения эклампсии, испытанный на тысячах случаев (3835), дает блестящий результат как в отношении смертности матерей (10,7%), так и детей (21,6%).

Еще лучшие результаты дает усовершенствованная форма его (2,7%), доводя смертность почти до 0 (0,3%) в незапущенных и неосложненных случаях.

2. Количество припадков при нем значительно уменьшается.

3. Применение его доступно всякому практическому врачу.

4. Он одинаково пригоден для эклампсии *sub graviditate, sub et post partum*.

5. Имеется полное основание думать, что более совершенное применение способа еще более понизит смертность матерей и детей.

6. Мнение, что наркотические средства вредны для экламптичек, безусловно ошибочно.

7. Широкое применение влагалищного кесарского сечения, разреза почечной капсулы или самой почки, а тем более комбинация этих операций для лечения эклампсии является в настоящее время, на мой взгляд, хирургическим увлечением.

ЛИТЕРАТУРА.

1. В и т т. Die Behandlung der Eklampsie. Deutsche Med. Wochenschr. № 47. 1907 г.
2. Строганов. К лечению эклампсии. «Врач». № 38. 1900 г.
3. Glöckner. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. В. 45. Н. 1.
4. Примо. Отчет о 83 случаях эклампсии, леченных по способу проф. Строганова. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1906 г., стр. 1391. Декабрь.
5. Строганов. К лечению эклампсии. «Терапевтический Вестник», № 12 и 13, 1899 г. журнала «Современная медицина и гигиена».
6. 58 Fälle von Eklampsie ohne Todesfall von dieser Erkrankung. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. В. XII. Н. 4. 1900 г.
7. Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie. XIII Congrès international de Médecine. Paris. 1900. Section d'obstétrique, p. 198.
8. Медич. отчет по С.-Петербургскому Родовспомог. заведению за 1898 — 1900 года. В. Столыпинского.
9. Centralbl. f. Gynaekol., № 31. 1901 г., стр. 904 и проч.
10. Handbuch der Geburtshilfe von Winckel, стр. 2421. В. II. Т. 3.
11. Henry Jellet and David Madill. A manuel of midwifery. 3 изд. 1921. 614.

ЛЕЧЕНИЕ ЭКЛАМПСИИ ПО ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНОМУ СПОСОБУ В БЕРЛИНСКИХ КЛИНИКАХ. *

(Посвящается памяти Константина Николаевича Анчутина.)

В начале 1911 года между проф. Берлинского университета В и т т'ом и Ф р а н з'ем, с одной стороны, и мною — с другой, было условлено, что я приеду в Берлин для испытания моего предохранительного (профилактического) способа лечения эклампсии на больных их клиник. С этой целью я и прибыл в Берлин 31 мая означенного года. Прежде всего считаю долгом отметить крайне любезный прием, который я там встретил: не только вышеозначенные, но и другие профессора, как то: S t r a s s m a n n, D ü h r s s e n и M a c k e n g o d t, готовы были предоставить мне свой материал для наблюдений. Равным образом берлинское акушерское Общество заслушало вне очереди мои предьявления — доклады в своих очередных заседаниях 10 (23) июня и 1 (14) июля. Ниже я особо привожу подробные данные и весь ход наблюдавшихся больных, здесь же, чтобы сохранить целостность впечатления, ограничусь лишь общим описанием этих случаев.

1-й с л у ч а й наблюдался в клинике проф. В и т т'а.

Первобеременная, 42 л., поступила в клинику с явлениями нефрита. 1-й приступ эклампсии 17/VI в 8 час. утра. Через 37 мин. 2-й, после которого больная впала в коматозное состояние. Через $\frac{1}{2}$ часа начато предохранительное лечение. Несмотря на это, в течение ближайших $1\frac{1}{2}$ час. два новых сильных приступа. После 4-го приступа состояние больной было такое тяжелое и удручающее, что проф. В и т т, осмотрев больную совместно со мною, высказался за форсированное родоразрешение, если приступы будут продолжаться. Признаться, я был смущен, что приступы мало ослабели в силе и частоте, несмотря на энергичное предохранительное лечение, тем более, что роды еще не наступали. Дальнейшее течение показало, однако, могущество примененного способа: больше приступов до начала родов уже не было. Состояние больной стало на глазах улучшаться, количество мочи увеличиваться, при уменьшении белка и цилиндров, и через $6\frac{1}{2}$ час. после 4-го приступа у больной появилось сознание. На 2-й день с утра появились родовые боли. Предохранительное лечение продолжалось, особенно в виду довольно упорной головной боли. На 3-й день из-за слабых и непроизводительных маточных сокращений, введение наркотических было прекращено и через некоторое время снова появился приступ эклампсии (5-й). Свободный от

* Привожу эту статью, представляющую один из важных этапов в защите профилактического метода. В. С.

приступов промежутков длился 63 часа. При исследовании оказалось, что родоразрешение щипцами не представит больших опасностей, почему оно и было применено; извлечен живой ребенок весом в 3800,0. Предохранительное лечение продолжалось лишь 8 часов после родов. 19 часов после них и 11 часов после последнего приема хлорал-гидрата появился новый приступ. Снова энергичное предохранительное лечение в течение 26 часов. В виду державшейся головной боли больной было дано 7,0 хлорал-гидрата внутрь и впрыснуто под кожу 0,03 солянокислого морфия. Должно отметить, что количество мочи с каждым днем увеличивалось с 270,0 за 1-й день до 2500,0 в последний день лечения эклампсии при улучшении ее качества. Послеродовое течение осложнилось *lochiometra*. Выписана вполне здоровой с ребенком 8/VII.

Случай, в высокой степени интересный, с точностью опыта показывающий могучее действие предохранительного способа лечения. Несомненно, здесь имелось дело с очень тяжелой эклампсией, при крайне неблагоприятных условиях [пожилая первобеременная, большой ребенок (2800,0), эклампсия во время беременности], и тем не менее через 1½ часа от начала лечения приступы прекратились, и состояние больной стало постепенно улучшаться. По прекращении лечения снова появилась эклампсия и снова была прервана обычными приемами. Несмотря на родоразрешение, с прекращением лечения наступил новый приступ; последующие устранены энергичным предохранительным лечением.

2-й случай наблюдался также в клинике проф. В и т т'а и окончился еще более успешно.

У 18-летней перворождающей с медленным течением родов, в продолжение почти 2-х суток, появился припадок эклампсии при зеве, открытом на 2½ пальца. После применения предохранительного лечения не было более ни одного припадка. Следует отметить, что несмотря на приемы наркотических, роды после приступа пошли очень быстро: уже через 3½ часа головка начала показываться из половой щели, чему способствовал разрыв плодного пузыря при зеве, открытом на 3 пальца. Роды окончены щипцами. Ребенок родился живой. Гладкое поправление.

3-й случай наблюдался в клинике проф. F r a n z'a (Charité) и представлял несравненно более тяжелую картину.

1-й приступ эклампсии был у больной на дому, в момент рождения плода; 2-й наблюдался через час, уже после родоразрешения, а 3-й при приеме в клинику. Поражение почек было довольно значительное: белка 7‰, зернистые цилиндры. Коматозное состояние. После применения предохранительного лечения временное прекращение приступов при улучшении всех явлений: спокойный сон, проблески сознания, более мягкий и редкий пульс. Через 5 часов начала повышаться температура, а через 5 часов 46 минут появился приступ эклампсии (4-й). Следует отметить, что при лечении этой больной не было выполнено 1-е требование способа — покойное помещение больной. За недостатком места, она оставалась в родильной, где как раз возле нее случайно помещена была очень крикливая роженица. Несмотря на предохранительное

лечение и на устранение вышеизложенного обстоятельства, в течение 4-х часов наблюдались еще 4 припадка при повышении температуры до $39,4^{\circ}$ и при ухудшении всех явлений, за исключением качества мочи. После 8-го припадка больная переведена в спокойную комнату с хорошим воздухом, и последний (9-й) наблюдался там лишь через 8 час. 35 мин. Высшая температура была $39,8^{\circ}$ при П. 146 и дых. 48; последнее в течение ближайшего дня достигало даже 60. По истечении $1\frac{1}{2}$ суток от начала заболевания и 17 час. после последнего приступа больная проявила сознание и выпила лекарство, еще спустя $\frac{1}{2}$ дня — чувствовала себя уже вполне удовлетворительно, а через день совсем хорошо. Послеродовое состояние с 6-го дня осложнилось заболеванием мочевого пузыря. Полное поправление. Выписана здоровой.

И здесь предохранительное лечение оказало хорошее, хотя и неполное, действие. Припадки немедленно были прерваны, но лишь на короткий срок (5 час. 45 м.). Несоблюдение 1-го условия предохранительного лечения — возможно полного покоя — и главным образом случайное, по моему мнению, повышение температуры способствовали взрыву новых приступов.

Как объяснить в данном случае лихорадку? Я предполагал, как наиболее вероятную причину ее происхождения, всасывание разлагавшегося содержимого ротовой и глоточной полости как ранами во рту, так и слизистой оболочкой дыхательных путей. Погода в Берлине в это время была чрезвычайно жаркая и разложение во рту больной — очень сильное, несмотря на все очищающие меры. Учащение дыханий до 60, даже после падения температуры и пульса, лишь подтверждает такое объяснение. Может быть, здесь имелось явление, подобное сапремической лихорадке в области половых путей. Менее вероятным мне кажется другое объяснение: лихорадка явилась следствием всасывания некротических масс, образующихся при эклампсии во всех органах. С этим трудно вяжутся: 1) улучшение деятельности почек даже при приступах эклампсии и 2) очень скорое поправление больной, почти до полного благосостояния, через двое суток после последнего припадка.

В университетских клиниках наблюдались лишь эти 3 случая в течение месячного пребывания моего в Берлине. Один легкий случай эклампсии наблюдался также в поликлинике *Universitäts Frauenklinik*, но настолько легкий, что о нем я не был и извещен. Таким образом все случаи и в Берлине протекали так же благоприятно, как это было в Гейдельберге и Вене.¹

Каковы результаты этих опытов-наблюдений? Трудно оценить их в настоящее время. Ближайшим следствием их было то, что проф. *Витт* и *Страшман* выразили намерение испытать этот способ в их клиниках. Благоприятному отношению к нему среди немецких профессоров, несомненно, способствовали печальные результаты, полученные многими при господствующем способе лечения эклампсии (форсированное родоразрешение, устранение наркотических), а также жестокая критика основ его со стороны лейпцигской школы. Смертность от эклампсии в немецких клиниках в общем все еще очень высока — от $16,6\%$ ² (Фрейбург), от 19% ² (Дрезден) до 25% ³ (Мюнхен), $22,8\%$ ⁴ (Бреслау) и даже до $17,8\%$ — 34% ⁵ (Петербург). Смерт-

ность детей достигает 43% (Мюнхен) и даже 55%⁷ (Дрезден). По заявлению многих авторов, терапевтическое лечение (не предохранительное) дает еще ббльшую смертность. Очень интересно заявление Lichtenstein'a,⁶ сделанное им на Мюнхенском съезде германских гинекологов и ранее в лейпцигском акушерском Обществе, что родоразрешение само по себе, как лечебная мера, имеет лишь второстепенное значение, ибо все послеродовые эклампсии — самые типичные представители эклампсии с ранним родоразрешением — дают очень большую смертность; так, в Лейпциге смертность при них = 27,14%. Собрал 400 таких случаев из литературы, Lichtenstein нашел процент смертности при них свыше 20. Далее, он приводит доказательства в пользу того, что родоразрешение благотворно действует на эклампсию лишь благодаря связанной с ним кровопотере и в заключение предлагает «den primären Aderlass von mindestens 500 c. ent., combinirt mit der Stroganoff'schen Methode». Проф. Zweifel придерживается такого же мнения. Он уже применял мой предохранительный способ в своей клинике, однако, без потогонных приемов, и получил от него очень благоприятное впечатление («einen sehr günstigen Eindruck»).

Еще большее значение для пропаганды в Германии предохранительного способа лечения эклампсии имеют новые работы Roth'a⁷ из дрезденской клиники недавно умершего проф. Leopold'a и Karferer'a⁸ из фрейбургской клиники проф. König'a. Первый сообщил о 50 случаях применения предохранительного способа с 4-мя смертельными исходами (т.е. 8%) для матерей и детей — 12,8% редуцированной и 18,6% валовой смертности [против 19% (для матерей) и 55% (для детей) предыдущего периода]. Нужно, однако, отметить, что смертельный исход и в этих немногих случаях частью, а в некоторых и всецело, находился в связи с осложнениями, как это видно из следующих кратких сведений о погибших.

1. 21-летняя перворождающая с тяжелым старым сердечным и почечным заболеванием. После 4-х приступов эклампсии на дому привезена в клинику в бессознательном состоянии на 6-м месяце беременности. В клинике наблюдался лишь один приступ 7 мин. спустя после 1-го впрыскивания морфия. Лечение сначала проводилось точно по моей схеме; кроме того, давали дигален и камфору. Из-за слабости сердца дальнейшие приемы хлорала прекращены. 5½ час. по поступлении произвольные роды мертвым плодом. Кровопотеря ничтожная, 2 часа спустя явления нарастающей сердечной слабости, мало улучшавшейся под влиянием обычных возбуждающих средств. Внезапная смерть через 36 час. от начала лечения. Вскрытие: послеродовая эклампсия. Распространенные анемические гнезда омертвения в печени. Тяжелый нефрит. Множественные бронхопнеймонические очаги. Мозолистый миокардит. Инфаркты в почках. Множественные геморрагии и гнезда размягчения в половом теле и в Варолиевом мосту.

2. Вскрытие показало, кроме экламптических изменений, распространенную пнеймоническую инфильтрацию легких и кровоизлияние в мягкую мозго-

вую оболочку и над правой теменной долей. Смерть последовала 12 час. спустя после родов вследствие распространенной пневмонии.

3. Больная поступила в клинику в очень тяжелом состоянии после 2-х приступов эклампсии на дому. Лечение по моему способу начато через 2¹/₂ часа после 1-го и велось усиленным темпом. В клинике было еще 2 приступа в течение первых 4 час. Через 8 час. по поступлении щипцами извлечен живой младенец, умерший через 1 час. У матери — появление внезапной слабости сердца и удушья. Улучшение под влиянием камфоры, дигалена, венесекции и вливания раствора поваренной соли. Через 26 часов больная дала первый ясный ответ; увеличение количества мочи. На 4-й день новое ухудшение. Смерть последовала на 6-й день при явлениях нарастающей сердечной слабости. Вскрытие: послеродовая эклампсия. Гнездные омертвения в печени. Кровоизлияния под эндокардием и в мозгу. Бородавчатый эндокардит 2-створчатой заслонки. Дифтеритический эндометрит, гнезда омертвения в слизистой оболочке восходящей ободочной кишки.

4. У больной до поступления в клинику было не менее 14 приступов эклампсии. Т° 39,2. П. 90. Плод мертв. Лечение по моему способу. В течение 4-х часов 6 новых приступов. Зев совершенно открыт. Прободение головки мертвого плода. Значительное улучшение к 3-му дню. Мочи 1200,0 в сутки. В дальнейшем явления тяжелой пневмонии. Смерть на 5-й день. Вскрытие: распространенные анемические гнезда омертвения в печени. Множественные кровоизлияния в мозгу. Распространенная пневмония. Гнойный эндометрит.

И в других отношениях R o t h наблюдал благотворное действие такого лечения. Так, немедленное полное прекращение приступов эклампсии после начала предохранительного лечения наблюдалось в 34% общего числа случаев; еще в 50% они наблюдались лишь 1—3 раза при улучшившемся общем состоянии больных, с прояснением сознания, увеличенным отделением мочи, уменьшением головной боли и понижением кровяного давления, нередко несмотря на долго еще длившиеся роды. R o t h считает этот способ чрезвычайно благотворным («ausserordentlich segensreich») и даже специфическим, отмечая, что все больные эклампсией, начиная с лета 1909 г., лечились таким путем и ни у одной из них не пришлось прибегнуть к форсированному родоразрешению.

Такие же результаты, хотя и на меньшем материале, получил д-р K a r f e r e r⁸ в клинике проф. K r ö n i g'a в Фрейбурге. Мои положения он считает подтвержденными «Punkt für Punkt» (стр. 57). Он также склонен признать этот способ специфическим, наблюдая при его применении благоприятное течение даже эклампсии при беременности. Смертельных случаев у него не было; у 2-х больных приступы прекратились немедленно, у остальных 3-х их было всего лишь 5 после начала предохранительного лечения. Подводя итог своим наблюдениям, K a r f e r e r говорит:

«Muss man das erzielte Resultat in jeder Hinsicht als auffalend günstig bezeichnen» (стр. 53). «Bei keiner Patientin traten Indikationen zur

vorzierten Entbindung auf. Die Schwangerchaft bestand in allen 3 Fällen (Eclampsia sub graviditate) weiter, die Geburt erfolgte zur rechten Zeit, und Mütter und Kinder leben. Alles vollzog sich genau so, wie Stroganoff es von den Schwangerschaftseklampsien gesagt hatte» (стр. 53 и 54).

Очень интересна попытка Каpfеrег'а найти теоретическое обоснование такого способа лечения, связав его с этиологическим началом эклампсии. Теорию раздражения с последующим сосудистым спазмом, которую уже издавна принимали многие авторы для объяснения эклампсии, он находит наиболее подходящей. Изложив мнения авторов в этом направлении, он говорит:

«Allen nach kann man also nicht umhin mit Dührssen zusagen: «Die Theorie von dem reflektorisch entstandenen Gefässkrampf erklärt die vielgestaltigen Erscheinungen der Eklampsie am besten». Sollte sich zu dieser wohlbegründeten Theorie noch eine in entsprechendem Sinn wirkende Therapie finden und sollten mit ihr Erfolge erzielt werden, so gewänne die Theorie einen hohen Grad von Warscheinlichkeit. Vieles spricht nun für einen derartigen inneren Zusammenhang obigen Theorie mit der Stroganofftherapie. Bei ihrer Gegenüberstellung erkennt man die verwandten Züge: Die Theorie stellt als einzige Ursache der Eklampsie eine abnorm starke Reizung der Genitalnerven hin, wodurch reflektorisch die Gefässkrämpfe und die Convulsionen ausgelöst werden. Die Therapie erstrebt als einzige Wirkung die Herabsetzung der Reizbarkeit des Nervensystem durch möglichste Beseitigung äusserer Reizmomente auf den Genitaltraktus mittels Ruhe und Narkotika» (стр. 27 и 28). И далее (стр. 57): «Man ist infolge dieser Tatsache * fast versucht, Stroganoff beizupflichten und wie er an eine spezifische Wirkung der Narkotica auf den eklamptischen Organismus zu denken. Dieser Frage ist ernstlich näher zu treten, nach dem die Reiztheorie und die Theorie von dem reflektorischen Gefässkrampf so ungezwungen den Grund für die therapeutische Wirkung des Chloralhydrats und der Ruhebehandlung bei Eklampsie anzugeben vermag».

Не входя здесь в разбор вопроса о происхождении эклампсии в связи с предлагаемым лечением, скажу, что в последнее время я склонен придавать большое значение сосудистому спазму при этой болезни. Полагаю, однако, что первичную причину, как эклампсии, так и спазма, составляют какие-то токсины, которые поступают в организм матери и с которыми он, как правило, легко и скоро справляется. Частые приступы, обуславливающие усиленное развитие новых токсинов и спазм сосудов во всех паренхиматозных органах, резко нарушая питание клеточек, ставят их в крайне невыгодные условия для самозащиты и приводят к поражению даже от слабого врага. Предохранительное лечение, устраняя приступы и спазмы, быстро ведет к поправлению больной.

* Общее благоприятное влияние предохранительного лечения на все явления эклампсии.

Обращаясь к результатам лечения эклампсии по предохранительному способу как в России, так и за границей, получим следующее: в Петербурге по этому способу были лечены около 500 экламптичек со смертностью менее 8%, среди матерей и около 21% среди детей; приблизительно те же результаты получены Б. В. Вертелем⁹ в Самаре, Ф. А. Ляпидесом¹⁰ в Вильне и Н. Я. Примо в Царском Селе — всеми на 100 почти больных. Всего, следовательно, в России лечены по этому способу около 600 экламптичек. В Германии всего лечены по этому способу 61 экламптичка со смертностью среди матерей в 6,5%, и среди детей в 18%, а именно: вышеупомянутые 50 больных Roth'a-Leopold'a, 5 Karferer'a-Krönig'a и 6 моих. Таким образом в Германии получены даже лучшие результаты, чем у нас в России. Ознакомившись со статьями Roth'a и Karferer'a, я склонен приписать это более точному исполнению моего способа. Эта значительная группа больных, мне кажется, с достаточной убедительностью опровергает мнение тех, которые утверждали, будто у немок эклампсии текут тяжелее, чем у русских. Ряд учреждений даже в Петербурге до недавнего времени имели смертность от эклампсии в 17 — 18 и даже свыше 30%. Знаменательно, что в Повивальном Институте смертность от эклампсии повысилась до 12% с той поры, когда этот способ стали применять с меньшей строгостью (с мая 1909 г. до осени 1914 г.).

Таким образом, в общей сложности мы имеем около 660 случаев эклампсии, в которых лечение велось по предохранительному способу со смертностью среди матерей менее, чем в 8% и среди детей около 21% (валовой). Я лично убежден в возможности получить в неосложненных и незапущенных случаях эклампсии около 2% смертности среди матерей, что уже и получено на группах в 50 — 60 таких больных как в Германии, так и лично мной в приюте имени проф. А. Я. Красовского.

В заключение, чтобы показать изменение отношения немецких ученых к предохранительному способу лечения эклампсии, приведу имена перешедших к нему или предлагающих испытать его, а равно и отдельные о нем мнения. Кроме покойного проф. Leopold'a, Krönig'a и Rankow'a¹¹, из клиник которых по этому вопросу уже вышли работы, можно указать на проф. Zweifel'я,¹² Herff'я,¹³ Martin'a¹⁴, Fraenkel'я,¹⁵ Sellheim'a¹⁶ (для послеродовых эклампсий), Bumm'a, Strassmann'a, Thorn'a,¹⁷ д-ров: Lichtenstein'a, Engelmann'a, Roth'a и др. Приведу отзывы некоторых авторов о полученных при предохранительном лечении результатах: Dührssen¹⁸ называет их «ausgezeichnete», Martin¹⁹ «erstaunliche», Hüffell²⁰ «einzig»; Roth считает это лечение «ausserordentlich segensreich», Fraenkel «beachtenswert», Fromme²¹ «unicum»; он даже как будто считает их невероятными и ищет «ein Hacken» в легкости русских эклампсий.

Все вышеизложенное показывает, что внимание немецких акушеров и гинекологов к этому способу за последнее время заметно поднялось. К сожалению, нельзя сказать того же относительно русских клиницистов и заведующих

щих большими родильными домами. За исключением 3-х упомянутых авторов* и земских врачей, лечащих на дому или заведующих лишь небольшими приютами, повидимому, этот способ в России не употребляется. Есть специалисты в России, до сих пор утверждающие, что такого самостоятельного способа лечения эклампсии не существует. Не будет ли в высшей степени обидно, если в русские клиники и большие родильные дома способ этот войдет лишь тогда, когда немцы положат на него свою одобрительную марку?!

В заключение несколько слов по поводу моего посвящения.

Поездка в Вену, на мой взгляд, особенно способствовала распространению этого способа лечения эклампсии, а состоялась она почти исключительно благодаря участию высокочтимого, к сожалению ныне уже покойного, К. Н. Анчутина. Да будет ему легка земля!

Вот более подробные истории болезни леченных мною в Берлине больных:

1. Universitäts Frauenklinik (клиника В u m m ' a). № 790, 1911 г. № родов 90. W. K., 42 л., незамужняя. Поступила 17/VI; родила 20/VI; выписалась 8/VII 1911 г. Болела раньше тифом и суставным ревматизмом. 1-я месячные на 17-м году, правильно. В течение последних 5 недель припухание ног. Вчера после обеда — головная боль, которая сегодня резко усилилась. Мерцание перед глазами со вчерашнего дня. 1-я беременность. Последние месячные в сентябре.

Рост 151 см. Моча с белком. Ноги и нижняя часть живота сильно отечны. Таз меж остей 25,5, меж гребней 28,5, меж вертелов 31,0. Грудные железы небольшие; кожа на них вялая; околюсосковый кружок едва пигментирован, железы его заметны; сосок хорошо развит. Живот овальный. Дно матки у ребер. Головка подвижна; спинка и сердечные звуки влево. Возраст плода — 10-й мес. Наружные половые части и промежность без особых изменений. Влагалище узкое. Влагалищная часть существует; наружный маточный зев едва приоткрыт. Головка подвижна. Пузырь цел. Дальнейшие исследования: 18/VI 2 час. дня. Шейка сглажена; зев открыт на 1 палец; головка прижата. 19/VI 9 час. утра: зев на 2 пальца, пузырь цел. 6 час. 45 мин. веч.: зев на 2¹/₂ пальца, пузырь цел. 20/VI 2 час. 10 мин. ночи: зев почти совершенно открыт; пузырь цел. Головка во входе в таз.

Роды. Начало болей 18/VI в 10 час. утра. Разрыв пузыря 20/VI в 2 час. 30 мин. утра. Рождение ребенка и последа — 20/VI в 3 час. 44 мин. утра. Положение 1-е затылочное. Продолжительность 1-го и 2-го периодов 41 час. Т° 37; П. 126. Разрыв влагалища. Высокие щипцы (д-р Voigt). Показание — эклампсия. Под хлороформом щипцы на головку во входе. Стреловидный шов почти поперечно. Головка довольно легко опустилась. Ребенок живой. Разрыв влагалища зашит. Детское место последовало тотчас же целиком. Матка хорошо сохранилась. Плод мужской, живой, 3800,0 весом.

* Полагаю, что сюда следует причислить и Мариинский родильный дом в Петербурге, где придерживаются предлагаемых мною предписаний, за исключением порядка дачи наркотических.

Прямой размер 11, косой 13,5, окружность наибольшая — 36, функционирующая — 31; плечики 12 см. Вес последа 500,0.

Состояние мочи. 17/VI 8 час. утра: 100,0, чистая. Белка $\frac{3}{4}$ по Esbach'y. Немного зернистых цилиндров, белые тельца, эпителий различного рода. 17/VI 6 час. 30 мин. веч.: 170,0, темно-коричнево-красная, мутная. Белка $1\frac{1}{4}$ по Esbach'y. Очень много зернистых цилиндров и красных кровяных шариков. Суточное количество 270,0. 18/VI 10 час. утра: зернистых цилиндров гораздо меньше. Общее количество 620,0. 19/VI: отдельные зернистые и один стекловидный цилиндр. Общее количество 905. 20/VI: цилиндров нет. 21/VI: 1920,0. 22/VI: 2500,0. 23/VI: 2100,0.

Приступы и лечение. 17/VI. 1-й приступ в 8 час. утра, 2-й в 8 час. 37 мин. утра. В 9 час. 10 мин. утра под кожу в хлороформном наркозе введено 0,015 солянокислого морфия. Переведена в покойную комнату. В 9 час. 40 мин. утра 3-й приступ. В 9 час. 50 мин. утра дано 2,0 хлорал-гидрата с молоком через прямую кишку. В 10 час. 40 мин. утра 4-й приступ. В 10 час. 45 мин. 0,015 морфия под кожу. Грелки к телу. В 11 час. 40 мин. утра больная умеренно потеет. В 12 час. 15 мин. дня в прямую кишку введено 1,0 хлорал-гидрата + 200,0 молока. Больная спокойно спит. В 1 час 45 мин. дня снова введено в прямую кишку 1,0 хлорал-гидрата + 200,0 молока. В 5 час. дня больная говорит, что чувствует себя хорошо. В 6 час. 15 мин. веч. приняла 1,5 хлорал-гидрата и 80,0 молока. Под хлороформом произведена катетеризация пузыря.

18/VI. Пьет много молока и липового чая. В 1 час ночи приняла 1,5 хлорал-гидрата и 60,0 молока. В 9 час. 45 мин. утра катетеризация. В 11 час. утра приняла 1,0 хлорал-гидрата и 60,0 молока. В 4 часа дня было произвольное мочеотделение. Головная боль. В 5 час. дня дано 1,0 хлорал-гидрата и 60,0 молока. В 10 час. веч. впрыснуто под кожу 0,015 морфия.

19/V. Ночью больная была очень беспокойна. В $9\frac{1}{2}$ час. утра под хлороформом — катетеризация. В 10 час. веч. 0,5 хлорал-гидрата. 20/VI: в 2 час. утра приступ (5-й) эклампсии. В 3 час. 45 мин. утра родоразрешение. 3 часа 50 мин. утра катетеризация под наркозом. В 4 часа утра введено через прямую кишку 1,0 хлорал-гидрата + 60,0 молока. В 6 час. утра головная боль. В 10 час. утра снова головная боль. Введено через прямую кишку 1,25 хлорал-гидрата с молоком. В 1 час дня катетеризация. В $2\frac{1}{2}$ часа дня произвольное мочеотделение. В 5 час. дня жалуется на небольшую головную боль. Произвольно вывела 220,0 мочи, в $5\frac{1}{2}$ час. веч. 280,0, в 8 час. веч. 40,0. В $8\frac{1}{2}$ час. веч. дано 0,5 бромистого натрия. В $9\frac{1}{2}$ час. веч. 6-й экламптический припадок. Больная очень беспокойна. В $9\frac{3}{4}$ час. веч. введено через прямую кишку 2,0 хлорал-гидрата + 100,0 молока. В $10\frac{3}{4}$ час. веч. под кожу впрыснуто 0,015 морфия. В $11\frac{1}{2}$ час. веч. хороший сон. В $12\frac{3}{4}$ час. ночи введено через кишку 1,5 хлорал-гидрата с молоком.

21/VI. Спала до 5 час. утра. В 10 и в 11 час. утра дано по 1,0 хлорал-гидрата с молоком. В 1 час дня: почти все время спит. 4 часа дня: снова жалоба на головную боль. В 8 час. веч. введено через кишку 1,5 хлорал-

гидрата. Катетеризацией освобождено 1000,0 мочи. В 11¹/₂ час. веч. впрыснуто под кожу 0,015 морфия. После морфия хороший сон. Выписана здоровой с ребенком 8/VII.

2. Universitäts Frauenklinik. № 867. № родов 24. М. В., 18 л., поступила в родильню 3/VII 1911 г. Роды 4/VII. Выписана с ребенком 13/VII. Мать больной здорова. Отец умер от несчастного случая. Болела ветряной оспой, скарлатиной в 1910 г. Месячные с 12 л., правильно. Беременность протекала благополучно. Последние месячные 8/X 1910 г. Скелет развит хорошо, мышцы и жир — умеренно. Моча с белком. Таз: 28,5; 25,0; 23,0; 19,0; окружность живота 90,0, до пупка 18,0, до мечевидного отростка — 41. При поступлении в родильню: дно матки на палец ниже ребер; головка подвижна; спинка влево; сердечные звуки слева; возраст плода X мес. Наружные половые части и промежность нормальны, влагалище узкое; шейка сглажена; зев на 2¹/₂ пальца; пузырь цел; головка фиксирована. Начало болей 2/VII в 9¹/₂ час. веч. Разрыв пузыря 4/VII в 10 час. веч. Роды ребенка в 11¹/₂ час. веч., роды последа в 12 час. ночи. Положение 1-е затылочное. Продолжительность родов 50 час. Небольшой разрыв промежности. Выходные щипцы. Показание: эклампсия и асфиксия плода. Ребенок живой 1 — в 3050,0 весом. Прямой размер 11, косой 13, окружность 33 и 30 см.

Припадки и лечение. 1-й припадок 4/VII в 8 час. 45 мин. веч. В 9 час. 50 мин. веч. впрыснуто под кожу 0,015 морфия. В 10 час. 50 мин. веч. дано 2,0 хлорал-гидрата с молоком.

5/VII. В 12 час. 15 мин. ночи катетеризация под хлороформом. В 1 час дано 1,5 хлорал-гидрата. Мочи 1600,0 без белка и без цилиндров.

6/VII. Мочи 1900,0 с $\frac{1}{4}$ ‰ белка по E s b a c h'y.

8/VII. Мочи 3400,0. Выздоровление.

3. Universitäts Frauenklinik der Charité (завед. проф. F r a n z). № родов 50. Л. Н. Поступила 6/VII 1911 г. День родов 6/VII. Эклампсия. Сифилис. Мать больной умерла от чахотки. Год назад больная лечилась от сифилиса. Месячные с 13 лет, правильно. 1/IV 1910 г. был выкидыш на 6-м мес. Настоящая беременность 2-я. Течение ее правильное. Последние месячные 28/IX 1910 г.; первое движение плода не заметила.

Рост большой, питание хорошее. Сильный отек обеих ног. Т° 37,3; П. 120. Моча с белком. Разрешилась дома 6/VII в 7 час. 20 мин. утра. 1-й приступ был при рождении плода в 7 час. 20 мин. утра, 2-й — в 8 час. 20 мин. утра, 3-й — при приеме в клинику — в 9 час. 10 мин. утра. Легкое бессознательное состояние. Синюхи нет. Дыхание едва ускоренное. П. 110; отзывается на окрик. В 9 час. 50 мин. утра под легким хлороформным наркозом впрыснуто под кожу 0,015 морфия. В 10 час. 20 мин. утра П. 110. Дыхание правильное; общее состояние хорошее. Легкие подергивания рта. Дано несколько капель хлороформа. В 10 час. 35 мин. утра под хлороформом катетеризация; удалено 400,0 темно-коричневой мочи. В 10 час. 40 мин. утра введено через прямую кишку 2,0 хлорал-гидрата + 150,0 молока. В 11 час. утра легкие подергивания у угла рта. Дано несколько капель хлороформа. В 11 час.

30 мин. утра дано 50 капель хлороформа в виду подергивания угла рта и учащения пульса до 100. В 12 час. 15 мин. дня — термофор на область почек. В 12 час. 40 мин. дня впрыснуто 0,01 морфия и дано несколько капель хлороформа. В 2 часа дня: открывает глаза, отвечает на зов. В 2 час. 56 мин. дня — 4-й припадок. Дан кислород, как и при всех остальных припадках. В 3 часа 10 мин. дня под хлороформом катетеризация; выпущено 150,0 мочи, более светлой, чем прежде, введено через прямую кишку 2,0 хлорал-гидрата. В 3 часа 25 мин. дня применена электрическая тепловая дуга. В 4 часа 05 мин. веч. — 5-й приступ эклампсии. В 4 час. 10 мин. дня впрыснуто 0,015 морфия. В 4 часа 36 мин. веч. переведена из родильни, где кричали другие роженицы, в другую покойную, но дурно проветренную комнату. Т° 38,8. Положена на правый бок. В 4 час. 50 мин. веч. — 6-й припадок. Введено через прямую кишку 1,0 хлорал-гидрата с молоком и физиологическим раствором поваренной соли (100 + 100). В 5 час. 45 мин. веч. — 7-й приступ. Введено 1,0 хлорал-гидрата с молоком и раствором соли. В 7 час 5 мин. веч. — 8-й приступ. Кислород; искусственное дыхание. В 7 час. 15 мин. введено 1,5 хлорал-гидрата. Катетеризация. Перемена белья и положения больной. Переведена под хлороформом в другую лучшую комнату. В 8 час. 50 мин. веч. впрыснуто 1,0 раствора дигалена под кожу. В 10 час. 30 мин. веч.: глубокая синюха; поверхностное, храпящее дыхание; т° 39,4. П. 144.

7/VII. В 1 час ночи П. 144; дых. 34. В 2 часа ночи катетеризация; выпущено 500,0 мочи. Свежее белье. Термофор. Т° 38,6. В 3 час. 40 мин. утра 9-й приступ. В 4 часа 10 мин. утра дано 2,0 хлорал-гидрата в 150,0 молока и 1,0 дигалена. Перемена положения. Катетером выпущено 250,0 мочи. Т° 39,5; П. 138; дых. 36. 6 час. 36 мин. утра: т° 39,8; П. 146; дых. 46. 9 час. утра: т° 39,8; П. 142; дых. 60. В 11 час. 15 мин. дня введено через прямую кишку 200,0 физиологического раствора NaCl. Теплое содержание. 5 час. веч.: сильная синюха. Дыхание поверхностное. Не реагирует на зов. 9 час. веч.: синюха меньше. Реагирует на зов; по требованию пьет; очень сонлива. Т° 38,6; П. 96. Дана столовая ложка настоя наперстянки 1,0 : 200,0. В 9 час. 30 мин. веч. извлечено катетером 500,0 мочи. 10 час. веч.: реагирует на зов. Выпила чашку молока. Т° 37,5; П. 96, неправильный; дых. 60. В 10 час. 30 мин. веч. дана ложка наперстянки. В 11 час. веч. выпила еще чашку молока. 12 час. ночи: спокойнее. Спит с легким храпом. Т° 37,4; П. 100; дых. 48, поверхностное, неправильное.

8/VII. В 12 час. 50 мин. утра дано 150,0 липового чая. В 2 часа 10 мин. утра: сходила на низ под себя. Сильно потеет. Перемена белья. В 2 часа 50 мин. утра выпила еще 50,0 молока. В 3 часа 45 мин. утра: т° 37,3; П. 96; дых. 32. В 4 часа 26 мин. утра снова сходила под себя. В 5 час. утра выпила 200,0 липового чая. В 5 час. 10 мин. утра: каплями выделяет мочу под себя. В 6 час. 10 мин. утра: улучшение состояния; лежит в полусне. В 6 час. 20 мин. утра переменено белье; лицо обтерто холодной водой; выпила 200,0 липового чая. Т° 36,8; П. 80; дых. 24. В 12 час. дня: еще сонлива, много пьет. Дыхание спокойное и глубокое. Переведена в послеродовое отделение.

9/VII. Сознание полное. В дальнейшем — заболевание мочевого пузыря. Выздоровление.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Проф. В. В. Строганов. «Журнал акушерства и женских болезней», 1909 г., ноябрь.
2. Roth. «Archiv f. Gynaekologie», т. 91, тетр. 2.
3. Döderlein. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1910 г., ноябрь.
4. Hannes. «Münchener medic. Wochenschrift», 1911 г., № 11.
5. В. Г. Бекман. V Congrès International d'obstétrique et de gynécologie, т. 2, стр. 420—431.
6. Lichtenstein. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1911 г., № 34. «Archiv f. Gynaekologie», т. 95, тетр. 1.
7. Roth. «Archiv f. Gynaekologie», т. 91, тетр. 2. «Münchener medic. Wochenschrift», 1911 г., № 5.
8. Карфегер. Ueber die prophylaktische Therapie der Eklampsie von Stroganoff. Фрейбургская диссертация.
9. Б. В. Вертель. «Журнал акушерства и женских болезней», 1906 г., стр. 1073, и 1904 г., стр. 2044.
10. Ф. А. Ляпидес. «Труды III Съезда Общества Российских акушеров и гинекологов». Киев, 2—5 апр. 1909 г. Вып. 2, стр. 154.
11. Krönig, Rankow. Прив. по Карфегер'у.
12. Zweifel. «Archiv f. Gynaekologie», т. 95, тетр. 1.
13. Herff. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1911 г., июль.
14. Martin. Там же, 1911 г., февраль.
15. Fraenkel. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1910 г., № 45.
16. Sellheim. Международный Съезд акушеров и гинекологов в Петербурге, 1910 г.
17. Thorn. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1910 г., № 28.
18. Winkels. «Handbuch. d. Geburtshülfe», т. 2, ч. 3, стр. 2421.
19. Martin. «Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynaekologie», 1911 г., февраль.
20. Hüffel. Там же, стр. 206.
21. Fromme. «Centralblatt. f. Gynaekologie», 1910 г., № 28.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩЕГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ЭКЛАМПСИИ.

Предупреждающий (профилактический) способ лечения эклампсии, испытанный более, чем на 3835 случаях, при самых разнообразных условиях — в клиниках, больницах и в частной практике в разных странах Старого и Нового Света и давший *en masse* наилучшие из известных до сих пор результаты, а именно — смертность среди матерей около 10,7%, а среди детей около 22%, считая среди последних и умерших в послеродовом периоде, следует признать доказавшим свою полезность, ибо число наблюдений, чтобы не говорить о случайности, уже в несколько раз превышает требуемое статистикой.

Еще более заслуживает внимания усовершенствованная форма его, давшая на 297 эклампсий лишь 2,7% смертности, при чем почти все погибшие поступили в учреждение или умирающими, или с тяжелейшими осложнениями, от которых и умерли. Также благоприятна при нем и смертность детей = 16,6, а если выключить умерших до начала лечения, нежизнеспособных, от холода, *lues'a* и т. п., то = 6,5%. В дальнейшем приходится думать об его усовершенствовании при помощи более точного, ясного и подробного установления показаний к применению отдельных положений, а также при помощи сочетания этого способа с другими лечебными приемами.

Как известно, предлагаемый мною способ состоял из следующих 4-х главных требований: 1) устранение или доведение до *minimum'a* внешних раздражений от больных эклампсией; 2) понижение раздражительности и устранение припадков при помощи систематического предупреждающего введения морфия, хлорал-гидрата и хлороформа; 3) ускоренное, но, как правило, не форсированное родоразрешение и 4) поддержание жизненных процессов организма — дыхания, деятельности сердца, сосудов, почек и кожи — в наилучшем состоянии.

К этим положениям усовершенствованная форма его присоединяет еще следующие два: 5) кровопускание в более тяжелых случаях и 6) более энергичное введение наркотических средств, в частности хлороформа в первые 4 — 6 час. лечения.

Обращаясь к теоретическому обоснованию этого способа, скажу предвзвешенно несколько слов о патогенезе эклампсии.

К сожалению, вопрос этот — до сих пор вопрос открытый. Происходит ли эклампсия под влиянием особого раздражения нервной системы в связи с беременностью и родами, или она представляет следствие всасывания элементов яйца с последующей реакцией организма на эти небезразличные для него тела; причастны ли здесь бактериальные яды, или задержка продуктов обмена веществ в организме самой больной, есть ли эклампсия — анафилактиксия или родственное ей состояние, разрешение всех этих вопросов — дело будущего. Если в настоящее время теория отравления со стороны яйца и пользуется наибольшим распространением и сочувствием, то во всяком случае она обоснована не вполне достаточно и вытекающие из нее представления так общи, что покоящиеся на ней выводы и заключения относительно лечения могут быть только предположительными.

Само собою разумеется, что клиницист в таком запутанном вопросе должен искать истину самыми разнообразными путями, опираясь на опыты и лабораторные исследования, главным же образом на наблюдения у постели больной. Что же касается лечения, то для общего применения можно предлагать лишь такие способы, которые уже доказали свою пригодность на больших группах, устраняющих внимание случайности (200 или, лучше, 300 случаев).

Несмотря на все разнообразие теорий о происхождении эклампсии, большинство авторов сходятся в признании, что болезнь эта представляет следствие проникновения в организм женщины токсинов, хотя и это положение не доказано безусловно. Я склонен признать его справедливым, ибо им легче объясняются как свойственная этой болезни раздражительность, группировка отдельных заболеваний, появление их много дней спустя после родов, так и патолого-анатомическая картина ее. Не могу, впрочем, не прибавить, что эту картину можно также объяснить до некоторой степени и теорией раздражения («Theorie der Reizwirkung»), как об этом подробнее будет сказано ниже. Допуская первичной причиной эклампсии появление в организме женщины каких-то токсинов, многие полагают, что токсины эти поступали в организм уже давно и он справлялся с ними иногда, правда, несовершенно, отвечая на них рвотой, сыпями, головными болями и пр. При такой точке зрения эклампсия есть лишь высшая ступень явлений, свойственных даже физиологическому течению беременности, и представляет результат или всасывания большего количества токсинов или большей раздражительности женщины в данном периоде. Токсины вызывают при эклампсии ряд явлений, из коих существенна, характерна для этой болезни судорога кровеносных сосудов, яснее всего проявляющаяся в области сосудов мозга и обуславливающая судороги и потерю сознания, и в области почек, резко изменяющих свою деятельность при этой болезни: нередко после 1-го припадка количество мочи резко уменьшается; в ней появляются или резко увеличиваются белок и цилиндры; в дальнейшем чрез короткое время, иногда чрез несколько часов, деятельность почек, равно как и мозга, приходит к норме; очень часто после временной анурии или олигурии наступает полиурия, подобно тому, как это наблюдается и при других формах

анурии вследствие судороги сосудов (Meуer и Gottlieb). Такая быстрая смена явлений лучше всего объясняется сосудодвигательными расстройствами.

Судорога сосудов подтверждена в последнее время и непосредственным наблюдением под микроскопом проф. H i n s e l m a n n'ом, H e u p e m a n n'ом и др. Оказывается, что при эклампсии наблюдается очень резкое нарушение капиллярного кровообращения с многочисленными стазами не только на наружной коже, но и на внутренностях (брюшина). Судорога кровеносных сосудов играет важную роль в течении эклампсии. Кроме припадков, она влечет за собой нарушение питания и дыхания клеток организма, и без того поставленных в невыгодные в этом отношении условия беременностью и родами, вследствие чего отправления их должны нарушаться, а в дальнейшем должна происходить и дегенерация их при ухудшающемся состоянии больной, так часто ведущем к смертельному исходу. Сходная патолого-анатомическая картина во всех паренхиматозных органах дает основание предполагать в них наличие судороги сосудов. Нарушение отравлений отделительных и выделительных органов ведет к накоплению токсинов, которые под влиянием припадков вырабатываются в особенно большом количестве, к чему неизбежно приводит распространенное сокращение мышц при резко уменьшенном доступе кислорода вследствие задержки дыхания. Очевидно, продукты распада должны оставаться неокисленными и в таком виде действовать особенно ядовито на все клетки. Нарушение отравлений печени очень способствует этому. Вполне возможно, что именно эти токсины, образовавшиеся в течение эклампсии, придают свойственную этой болезни патолого-анатомическую картину. В результате судороги сосудов происходят и другие характерные для эклампсии явления — повышение кровяного давления, что, в свою очередь, ведет к повышению давления как в головном, так и в спинном мозгу.

Заслуживает внимания следующая особенность этой болезни: отраженная возбудимость и реакция при эклампсии существуют. Сторонники теории раздражения придают этому обстоятельству исключительную роль, да и всякий клиницист должен согласиться, что экламптика отвечает на внешние раздражения как разнообразными движениями, так нередко и судорожными припадками.

О пагубном влиянии припадков я уже говорил выше. Кроме вышесказанного, экламптический припадок предрасполагает к мозговому кровоизлиянию, а иногда и сопровождается им; он способствует гнилостному заражению, ибо половые органы могут быть при этом резко загрязнены, к тому же могут вести образующиеся во рту ранения (одна из моих больных откусила себе на дому половину языка и погибла от гнилостного заражения, исходившего из этой раны); он резко влияет на деятельность сердца и на дыхание (до прекращения сердцебиения в течение нескольких секунд и дыхания — до применения искусственных мер). Все это само по себе уже говорит за то, что с каждым припадком больная приближается к могиле. То же подтвер-

ждается и статистическими данными. Так, суммируя материал Charité в Берлине, обнародованный проф. Freund'ом, Lichtenstein'ом в Лейпциге с таковым Повивально-Гинекологического Института в Петербурге, сообщенным Н. Я. Примо, получим следующее: по 1 — 3 припадку было у 234, умерли 11 (4,7%); по 3 — 5 припадков у 225, умерли 29 (12,9%); по 6 и более припадков — у 420; умерли 98 (23,3%). Я не хочу, конечно, этим сказать, что предсказание при эклампсии определяется исключительно числом припадков; для примера укажу на эклампсии без припадков, которые я считаю самыми тяжелыми.

Признавая наиболее вероятным участие токсинов в происхождении эклампсии, я не считаю, однако, это вполне доказанным, и мнение Карферга, талантливого ученика фрейбургской школы, на мой взгляд, заслуживает большого внимания. Он склонен признать, что эклампсия происходит на почве повышенных раздражений и раздражительности в связи с беременностью и родами, и чрезвычайно последовательно и логично развивает эту мысль, связывая ее со всеми известными особенностями эклампсии вообще и с предупреждающим способом ее лечения в частности. Как известно, беременность повышает раздражительность мозга [*«erhöhte Reizbarkeit»* (Zuntz, Blumreich, Zangenmeister)], а влияние повышенных раздражений на происхождение эклампсии признавалось многими уже давно.

Относясь с большим сочувствием к идее Карферга, я затрудняюсь объяснить ею некоторые явления эклампсии и в частности поздние послеродовые формы ее, когда раздражения и раздражимость должны значительно понизиться. Правда, эти формы трудно объяснимы и с точки зрения господствующей теории.

Во всяком случае мы должны признать, что повышенная раздражительность беременных и рожаящих женщин играет видную роль в происхождении эклампсии.

Итак, в настоящее время о патогенезе эклампсии как рабочую гипотезу мы можем поставить следующее: она является следствием проникновения в кровеносную систему матери элементов яйца [синцитиума и клеточек Lanhans'ового слоя, а иногда и целых ворсинок (Williams)], а также и секреты плаценты. Эти элементы сами по себе, или продуктами их разложения, или даже антителами, которые развиваются в пораженном организме, раздражают нервную систему и в частности сосудодвигательный центр, следствием чего и является эклампсия.

Этому способствует наличие повышенной раздражительности нервной системы у беременных, обусловленной отчасти как пониженным содержанием кальциевых солей в крови таких субъектов, так и повышенной работой надпочечников и *gl. pituitariae*, а может быть и других эндокринных желез.

Исходя из таких представлений об этиологии эклампсии, а равно и внутренних процессов, совершающихся при ней, следует признать, что так называемого причинного лечения ее в настоящее время быть не может: причины

этой болезни мы не знаем. Далее, если эклампсию рассматривать как болезнь, происходящую на почве значительных раздражений и повышенной раздражительности, то предупреждающий способ есть способ вполне рациональный, как это прекрасно изложено в упомянутой работе Карфер'а; повторять эти мысли здесь нахожу лишним.

Но и с точки зрения общепринятой теории, рассматривающей эклампсию, как результат отравления, предупреждающий способ представляется очень полезным и в некотором смысле, пожалуй, даже специфическим. В самом деле, он ведет к ослаблению всех тяжелых явлений болезни; так, на понижение раздражительности таких больных, о степени которой можно судить по колоссальным количествам морфия (G. Veit), хлорал-гидрата (Winkel и французские авторы) и хлороформа (Perrochet), когда-то применявшихся при эклампсии, в предупреждающем способе обращено большое внимание: чувствительность как болевая (морфий), так и к прикосновению (хлорал-гидрат и хлороформ) при нем понижаются. Указанные мною постепенность чередования и дозы наркотических в позднейших исследованиях находят себе подтверждение; так, по Bürgi, сочетание 2-х наркотических разного состава усиливает их действие; благодаря этому, мы можем относительно небольшими дозами добиться сильного успокаивающего и наркотизирующего действия. Само собою разумеется, в первые часы лечения доза должна быть особенно велика; в то же время введение лекарств с промежутками дает возможность оценить их влияние на каждую отдельную больную порознь и таким образом впоследствии видоизменять их дальнейшие дозы.

В связи с этим в предупреждающем способе обращено особое внимание на устранение внешних раздражений, несомненно, имеющее при эклампсии немалое значение: не только лишнее прикосновение к таким больным, но даже звуковые и световые влияния способны вызвать или ускорить у них припадок. Такое же действие оказывают болевые ощущения (укол иглой шприца, катетеризация) и в особенности растяжение промежности при прорезывании головки. Все это, по возможности, устраняется или доводится до minimum'a при предлагаемом мною способе лечения эклампсии.

Рациональность предупреждающего припадками способа введения лекарств до устранения припадков едва ли кто может оспаривать, ибо, признав полезность какого-либо средства, его следует вводить до уничтожения данного болезненного проявления (конечно, не во вред общим отправлениям организма). Опыт показывает, что такое введение, как правило, вместе с прекращением припадков ведет к улучшению всех отправлений у экламптиков. Это последнее обстоятельство и заставляет подозревать, что применяемые нами лекарства составляют как бы противоядия предполагаемым токсинам, обуславливающим эклампсию.

Предупреждающий способ лечения эклампсии благотворно влияет на судорогу кровеносных сосудов, содействуя понижению кровяного давления и, как результат его, понижению давления мозговой жидкости. Как известно, хлороформ и хлорал-гидрат расширяют кровеносные сосуды и устраняют их

судорогу, которая должна ослабевать уже благодаря понижению раздражительности. Твердый, напряженный пульс при эклампсии дает показание к более энергичному или более продолжительному применению основных наркотических. Предлагаемый некоторыми прокол позвоночного канала или даже трепанацию черепа с целью понизить внутричерепное давление я считаю приемом менее целесообразным и обладающим более скоропреходящим действием, чем предлагаемый мною предупреждающий способ лечения эклампсии. В самом деле, при высоком кровяном давлении внутричерепное вслед за проколом должно снова повыситься, между тем как при применении наркотических, обуславливающих длительное понижение кровяного давления, соответственно должно измениться и давление мозговое. Устранение судороги мозговых сосудов поведет к устранению общих судорог и коматозного состояния, а таковой в области почек — к восстановлению правильного мочеотделения. Сказанное — несомненный факт, который я мог наблюдать сотни раз и который в меньшем числе случаев наблюдался также и другими (Roth-Leopold, Karferer-Krönig-Pankow). Вероятно, то же самое происходит и в других паренхиматозных органах, а в результате всего этого наступает более правильное питание клеток и восстановление их отправления, а, следовательно, не только уменьшение образования токсинов, но и ускорение их переработки, уничтожения и выделения.

Меры, указываемые предупреждающим способом лечения для поддержания правильной деятельности легких, сердца, почек и кожи, а равно и гигиенического содержания больной, настолько общеприменимы, что благотворное их действие не может подлежать сомнению.

Итак, профилактический метод ведет к уменьшению поступления токсинов в кровь матери (покоем, устранением судорог, скорым родоразрешением), а также к их выведению и разжижению, действием на почки, кожу и введением жидкости. В то же время расширяя сосуды и доставляя в обилии кислород он способствует правильной работе всех органов и лучшей переработке токсинов.

Полезность и целесообразность способа лучше всего подтверждается полученными результатами, которые приведены выше и о которых Balzer¹⁴) выразился так: «Keine andere Behandlungsmethode der Eklampsie hat bisher nur annähernd derartigen Erfolg aufzuweisen gehabt».

Но и этот результат, как бы он ни был хорош по сравнению с другими, все же дает большую смертность, и вполне законно стремление улучшить его. В этом отношении *нужно прежде всего подчеркнуть желательность более строгого применения способа, в особенности при ознакомлении с ним.* Я глубоко убежден, что часть смертей в имеющемся материале должна быть отнесена на счет недостаточно точного применения способа. Подчеркивая необходимость строгого применения шемы и общего плана лечения, я в то же время стою и за то, чтобы в каждом отдельном случае, как и при всяком другом способе лечения, принимались во внимание все личные особенности данной больной.

Из новых способов лечения эклампсии особое внимание обращает на себя сочетание предупреждающего способа с кровопусканием, введенное проф. Z weifel'ем и описанное Lichtenstein'ом. Просматривая статьи, касающиеся этого вопроса, нельзя не отметить полученных блестящих результатов. *

Из двух лечебных приемов — кровопускание + предупреждающий способ — я склонен приписать первенствующее значение последнему, ибо полученные результаты у Z weifel'я приблизительно те же, какие получаются и при одном лишь применении предупреждающего способа. Главное значение кровопускания я вижу в понижении кровяного давления и в уменьшении вероятности мозгового кровоизлияния и отека легких. Что же касается выведения токсинов, то кровопускание оказывает и в этом отношении некоторую услугу. С другой стороны, полагаю, что применение кровопускания излишне в тех случаях, где припадки прекращаются благодаря применению лишь одного лекарственного лечения. Особенно надо быть осторожным с кровопусканием во время родов, когда в дальнейшем может появиться новое кровотечение, которое скорее приведет тогда к смертельному исходу. Если же припадки, несмотря на предупреждающий способ лечения, не прекращаются, то я признаю широкое применение кровопускания.

Не могу согласиться с проф. Z weifel'ем, что легкие потогонные средства вредны для экламптичек. Кроме достигаемого теплом общего успокоения, усиленная работа кожи благотворно действует на весь организм, вероятно, благодаря сосудодвигательным влияниям и выведению некоторого количества токсинов. Я постоянно убеждался, что с того момента как появилось пототделение, предсказание при эклампсии делается благоприятным; для меня лично это всегда было довольно точным показателем перелома болезни в желательном направлении. Клизмы из физиологического раствора поваренной соли + молоко способствуют при этом в известной степени разжижению крови, замещая потерянный потом.

Выше я назвал предупреждающий способ лечения эклампсии в некотором смысле специфическим на том основании, что на хлорал-гидрат, на мой взгляд, можно смотреть, как на физиологического антагониста с предполагаемыми токсинами эклампсии. В самом деле, при эклампсии наблюдаются: 1) повышение раздражительности, 2) судорога кровеносных сосудов, 3) общие судороги, 4) повышение кровяного давления, 5) нарушение деятельности почек, по всей вероятности, на почве судороги сосудов. Хлорал-гидрат как раз устраняет все эти явления; следовательно, его по праву можно считать физиологическим антагонистом токсинов эклампсии, каким он, например, считается по отношению к стрихнину.

* На съезде в 1912 г. Z weifel сообщил уже о 70 случаях эклампсии, леченных по этому способу, со смертностью в 6,8%, а в 1917 г. Lichtenstein сообщал уже о 201 случае со смертностью 8,5%.

Выводы.

1. Так как причина эклампсии неизвестна, то причинного лечения ее в настоящее время быть не может.
2. Предупреждающий способ лечения ее дал наилучшие результаты в отношении как смертности матерей, так и смертности детей и испытан уже на таком обширном и разнообразном материале, что приписать этот факт случайности невозможно.
3. С точки зрения Theorie der Reizwirkung, как этиологической причины эклампсии, предупреждающий способ представляется вполне рациональным.
4. И с точки зрения отравной теории способ этот рационален в борьбе с эклампсией.
5. Действие хлорал-гидрата при эклампсии подобно действию так называемых физиологических антагонистов при отравлениях.
6. Сочетание различных наркотических, повидимому, дает возможность уменьшать их дозу, resp. делать их применение более безвредным.

ЛИТЕРАТУРА.

1. В. В. Строганов. «Терапевтический Вестник». 1899 г., №№ 12 и 13.
2. Он же. «Врач». 1900 г., № 38.
3. Он же в работах международного Съезда в Париже в 1900 г.
4. Он же. «Русский Врач». 1902 г., № 31 и «Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie», т. 17, доп. тетр.
5. Он же. «Журнал акушерства и женских болезней». 1909 г., ноябрь и «Zentralblatt f. Gynaekologie». 1910 г., № 23.
6. Он же. «Новое в Медицине». 1908 г., № 2 и «Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie». 1909 г., т. 29.
7. Он же. «Русский Врач». 1911 г., № 48, «Zentralblatt f. Gynaekologie». 1912 г., № 25, «Практический Врач». 1912 г., №№ 4—5 и «Annales de gynécologie et d'obstétrique». 1912 г., июль.
8. Н. Я. Примо. «Журнал акушерства и женских болезней». 1906 г., декабрь.
9. Ф. А. Ляпидес. «Труды III Съезда Общества Российских акушеров и гинекологов». 1909 г., вып. 2, стр. 154.
10. Б. В. Вертель. «Журнал акушерства и женских болезней». 1906 г., стр. 1073 и 1904 г., стр. 2044.
11. А. М. Новиков. Там же, 1912 г., май — июнь.
12. В. Г. Бекман. V международный Съезд акушеров и гинекологов в Петербурге, т. 2, стр. 420 — 431.
13. «Boston medic. Journal», 1902 г., 20 февраля.
14. Balzer. «Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie». 1912 г., март.
15. W. Benthin. Там же, 1912 г., февраль.
16. Emil Bürgi. «Berliner klin. Wochenschrift». 1911 г., № 20, стр. 877.
17. Döderlein. «Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie». 1910 г., ноябрь.
18. Dührssen. Winkel's Handbuch f. Geburtshilfe, т. 2, вып. 3, стр. 2421.
19. Engelmann. «Medic. Klinik». 1911 г., № 51.
20. Fraenkel. «Deutsche medic. Wochenschrift». 1910 г., № 45.
21. Fromme. «Zentralblatt f. Gynaekologie». 1910 г., № 28.

22. Freund. «Archiv f. Gynaekologie», т. 97, тетр. 3.
23. Hannes. «Münchener medic. Wochenschrift». 1911 г., № 11.
24. Hüffel. «Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie». 1911 г., февраль.
25. Herrf. Там же. 1911 г., июль.
26. Karferer. «Über die prophylaktische Therapie der Eklampsie von Stroganoff». Фрейбургская диссертация.
27. Keller. «Zentralblatt f. Gynaekologie». 1912 г., № 14.
28. Keller, Freund, Strassmann, Строганов. «Zeitschrift. f. Geburtshilfe u. Gynaekologie», т. 69, тетр. 2.
29. Lichtenstein. «Zentralblatt f. Gynaekologie». 1911 г., № 34, 1912 г., № 19. 1917 г., № 19.
30. Он же. «Archiv f. Gynaekologie», т. 95, тетр. 1.
31. Он же. «Münchener Medic. Wochenschrift». 1912 г., № 33.
32. Martin. «Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie». 1911 г., февраль.
33. Meyer und Gottlieb. «Die experimentelle Pharmakologie als Grundlage der Arzneibehandlung», стр. 321.
34. Roth. «Archiv f. Gynaekologie», т. 91, тетр. 2.
35. Он же. «Münchener Medic. Wochenschrift». 1911 г., № 5.
36. Rüder. «Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie». 1912 г., апрель.
37. Thorn. «Centralblatt f. Gynaekologie». 1910 г., № 28.
38. Voigt. «Berliner klin. Wochenschrift». 1912 г., № 37.
39. Zweifel. «Archiv f. Gynaekologie», т. 97, тетр. 1 и «Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie». 1912 г., октябрь и 1913 г., январь.
40. Zoerpritz. «Münchener medic. Wochenschrift». 1912 г., № 8.
41. «The American Journal of obstetrics and diseases of women and children». 1912 г., май — Cosmak и сентябрь — Harrison (стр. 432) и Peterson (стр. 436).
42. Hinselmann. Die Eklampsie.
43. В. В. Строганов. Усовершенствованный профилактический способ лечения эклампсии. Изд. Френкеля. 1923 г.

О ПУБИОТОМИИ.*

Вопрос о пубиотомии является одним из наиболее интересных в современном акушерстве.

Несмотря на то, что изучением его занимались несколько съездов акушеров, единодушия и установки определенных положений нет почти по всем пунктам. Мой личный опыт еще крайне не велик. Всего в Повивально-Гинекологическом Институте сделано до сих пор лишь 13 пубиотомий (7 лично мною, 5 при моем участии ассистентами Института и 1 — проф. Д. О. Оттом). **

На основании этих случаев и изучения литературы постараюсь выяснить отношение этой операции к другим однородным и высказать предположения о желательных мерах для улучшения получаемых результатов.

Прежде всего отмечу, что первая пубиотомия была произведена в 1897 году. В 1903 году сообщали лишь о 12, в 1905 — о 85 пубиотомиях, между тем как в текущем году насчитывают — и притом крайне неполно — уже 700 пубиотомий. Очевидно, применение ее делается все более и более широким, что до некоторой степени объясняется той легкостью, с которой она производится, несложностью инструментария и малым количеством потребных ассистентов.

Переходя к оценке этой операции, прежде всего бросим беглый взгляд на опасности, связанные с конкурирующими операциями. На первом месте должно быть поставлено кесарское сечение. Процент смертности при нем можно считать = 10. *** Даже в таких опытных руках и при той прекрасной обстановке, в которой работает проф. Leopold, оно дает 7,5% смертности (5% на последнюю сотню) при 4,2% смертности детей (Krönig).

Совершенно исключительной является статистика Zweifel'я Döderleina и Schauta со смертностью матерей 1,5% на 195 случаев.

Эта операция не лишена и других неприятных сторон, а именно: послеоперационный период в первые дни осложняется довольно значительными страданиями женщин; явления травматического перитонита обязательны, к нему присоединяются нередко и более тяжелые формы перитонита, как это видно

* Доклад на III Съезде Российских акушеров и гинекологов в Киеве в 1909 г.

** В последние годы мною сделано еще 5 пубиотомий.

*** В настоящее время смертность при кесарском сечении при благоприятных условиях можно оценивать в 2 — 3% (Williams: на 203 кес. сеч. 2,45% смертности).

из многочисленных сращений, наблюдающихся обыкновенно при повторных кесарских сечениях, в чем и я неоднократно имел случай убедиться лично.

Существенную опасность для больной представляю также последующие роды. Несомненно, кесарское сечение предрасполагает к разрыву матки и не только не облегчает, как пубиотомия, последующие роды, но затрудняет их, нарушая правильную структуру органа. Если прибавить нередкое образование грыж (около 3 — 4%) в брюшной ране, явления ileus'a, неправильное положение матки, неправильную работу кишечника, устранение от обычной работы на месяцы, а иногда и уменьшение работоспособности на всю жизнь, то все это заставляет нас искать другого более бережного для матери способа родоразрешения.

Высокие щипцы также имеют существенные невыгоды. Весьма трудно оценить % смертности, зависящий от операции наложения высоких щипцов. Решаясь закончить роды высокими щипцами, акушер доводит обыкновенно выжидание ad maximum, до появления грозных явлений со стороны матери или плода. Значительная продолжительность родов, явления резкого растяжения нижнего сегмента матки, прижатие его до омертвления, разложение содержимого полового канала, возможность случайной инфекции, наконец, асфиксия плода — все это обычные явления, когда роды решено заканчивать высокими щипцами. Конечно, это не может проходить бесследно для матери, не давая смертности, и заявление многих авторов, считающих 0% смертности от высоких щипцов при валовой смертности 3 — 5 и даже 11% (Clemens), едва ли справедливо.

Дмитриев приводит смертность матерей от высоких щипцов у других авторов по очистке материала довольно значительную, а именно, от 0,7% (C. Braun v. F), 2,9% (Töth), до 6,2% (Wulsten) и 7,2% (Stuhl).

Для сравнения с пубиотомией и кесарским сечением я возьму валовую смертность при этой операции.

Wyder* приводит следующие цифры: Wahl — 0,0%, Hagel — 3,6%, Stuhl — 13% (для клинич.) и 6,5% (для поликлинических), Schmid — 15,5%. Смертность детей у них же 21%, 28,5%, 50 и 30%, 38,4%.

У Дмитриева смертность матерей при высоких щипцах вообще — 2,4% (0,0% от щипцов), смертность детей 26,4%, а если прибавить неудачные случаи, оконченные перфорацией, то 50%, при узких же тазах смертность детей соответственно повышается до 33,67% и 60,12% (с оконченными перфорацией).

Для сравнения с результатами от pubiotomiae должно иметь в виду именно последнюю цифру.

Еще не далеко то время, когда некоторые авторы (Шредер, Феноменов) полагали, что высокие щипцы не должны быть применяемы вследствие опасности, которую они представляют для матери и ребенка.

* Winckel's «Handbuch der Geburtshilfe». В. III. Т. 1. S. 572.

Кроме упомянутых выше невыгодных последствий, высокие щипцы сопровождаются многочисленными ранениями полового канала до разрыва матки и сочленений включительно (P e h a m), равно и различными заболеваниями. Это показывает, что выжидание с последующим наложением высоких щипцов, а иногда с последующей перфорацией далеко не безопасный способ для матери и в особенности для ребенка.

Профилактический поворот также дает неудовлетворительные результаты. Так валовая смертность матерей при нем, по отчетам K r a u s'a, K r u l l'я и W o l f'a (около 500 поворотов) около 2%, смертность детей 25 — 30%.

Приблизительно также оценивает детскую смертность L i n d f o r s (25 — 30%). Д м и т р и е в на основании результатов д-ра Черневского считает смертность детей при профилактическом повороте выше 50%; он считает даже эту операцию более опасной, чем высокие щипцы.

Анализ этой операции может дать объяснение таких результатов. Ни одна операция не располагает так сильно к разрыву матки, как поворот. Профилактическая форма его не лишена этой опасности, как это показывают случаи из клиник L e o p o l d'a и S c h a u t a. Опасность инфекции при нем также значительна.

Кроме того, вслед за поворотом ради спасения ребенка нередко приходится производить немедленное извлечение, которое дает разрывы шейки, влагалища, промежности и даже иногда, хотя и редко, разрывы тазовых сочленений.

Меньше опасности для матери представляют искусственные преждевременные роды, хотя при последних нередко применяются операции наложения щипцов, поворот и извлечение. Но так как по большей части имеют дело с многоорождающими при небольшом плоде и с мягким гибким черепом, и кроме того, больная является заблаговременно тщательно подготовленной, то опасность для матери относительно мала. По статистике S a r v e u'я на 2.200 случаев этой операции смертность матерей валовая 1,4% и от операции 0,59. Смертность детей 37,3%.

Но и пубиотомия представляет в настоящее время серьезную опасность для матери. Так, на 664 случая этой операции, исход которой точно известен в литературе, погибло матерей 33, т.-е. 4,96% (S c h l ä f f l i), между тем как по B a i s c h'у на 170 операций у неинфицированных женщин по методу подкожной пубиотомии умерло лишь 5, т.-е. 2,9%, а в руках некоторых операторов (L e o p o l d, S c h a u t a) на несколько десятков случаев (81) не было ни одного смертельного исхода. Приходится подчеркнуть, что в руках того же L e o p o l d'a кесарское сечение дало 5 — 7,5% смертности.

Кроме высокой смертности операция пубиотомии дает целый ряд осложнений во время родов, в послеродовом периоде и в последующее время. Разберем последовательно наблюдавшиеся осложнения, чтобы во избежание их по возможности отметить в дальнейшем надлежащий образ действий.

Начнем с самой операции.

1) На 510 случаев кровотечение отмечено значительным 56 раз, т.-е. 10,98%, очень сильным 15, т.-е. 2,99% и чрезмерным 7, т.-е. 1,37%.

В 2-х случаях последовала смерть от кровотечения (0,3%). Следовательно, в 15,3% наблюдалось более или менее значительное кровотечение.

Среди наших случаев значительное кровотечение было лишь один раз, где имелись многочисленные и обширные разрывы.

2) Ранения полового канала наблюдаются очень часто. На 510 случаев простые разрывы его встречались в 17,84%, при чем, кроме того, сообщающихся с костной раной было 15,49%, из них у первородящих 32,5% и у многорождающих — 11,8%.

Существенно важно отметить, что коммуницирующие разрывы значительно увеличивали шансы на смертельный исход. Из 79 таких женщин погибло 10, т.е. 12,66%, почти $\frac{1}{3}$ погибших при пубиотомии имели коммуницирующие разрывы (32 — 10 = 31,25%).

3) В 63 случаях был поранен мочевого пузырь, т.е. в 12,35%; в одном случае стенка мочевого пузыря, захваченная крючком проводника, была вытянута из операционной раны наружу. У нас также наблюдалось 3 случая поранения мочевого пузыря, при чем в одном имелась лишь кровавая моча в течение 3-х дней. Она появилась, как точно установлено, при извлечении ребенка щипцами.

4) Очень часто наблюдаются гематомы в области операционной раны (87 раз — 17,06%), которые произошли и у нас в некоторых случаях.

Не менее многочисленны осложнения в послеродовом периоде.

1) Лихорадка наблюдается почти в половине случаев. На 91 пубиотомию у Reiferscheid'a, Hocheisen'a и Kannegiesser'a лихорадило 55% женщин. У Schläfli на 510 случаев лихорадка отмечена в 37,7%. У нас лихорадили почти все пубиотомированные, из них половина 1 — 3 дня, без локализации процесса.

2) Нередко наблюдаются lochiometra, так у Kannegiesser'a на 51 случай 14 раз, у нас 2 раза.

К этому осложнению предрасполагает более или менее покойное положение больной на спине, затруднительное выделение лохий из влагалища от сжатия таза, отчасти от сдавления гематомой и, вероятно, от ослабления сокращений матки, которое замечено мною и во время родов после пубиотомии и которое я ставил в связь с ушибами нервного сплетения в переднем своде. У нас причиной lochiometra в одном случае было боковое положение больной в течение нескольких суток.

3) Также нередко наблюдается нагноение в области костной раны (31 раз), иногда с отхождением секвестров, в отдельных случаях даже до симфиза. Важно заметить, что некоторые ставят в связь происхождение секвестров с чрезмерным нагреванием при быстром распиливании кости (ожог). У нас распиливание всегда совершается не быстро, без применения большой силы, и отхождения секвестров ни разу не было замечено, между тем как нагноение в области костной раны было 6 раз.

4) При имеющемся нагноении естествен переход его и на клетчатку таза, что, действительно, иногда и наблюдалось.

5) Имея большое количество разорванных сосудов, иногда с образованием гематомы, а, следовательно, и местных тромбов, естественно дальнейшее распространение их на остальные вены таза, а равно и на нижние конечности. Schläfli собрал таковых 42, т.-е. 8,2% — как видно, явление далеко нередкое. Может быть, в происхождении их не остается без влияния и давление гематомы на крупные вены таза, нарушающее правильное лимфо- и кровообращение.

Переходя к поздним неблагоприятным последствиям пубиотомии, прежде всего нужно указать, что:

1. Сращение костной раны очень часто происходит при помощи фиброзной, а не костной ткани.

Фиброзный рубец установлен как при помощи Рентгеновских снимков, так в единичных случаях и непосредственным микроскопическим исследованием много месяцев спустя после пубиотомии у случайно умерших женщин, равным образом и опытами на животных.

Надо при этом отметить, что был случай, когда на основании рентгеновского снимка считали рану закрытой костным сращением, между тем как микроскопическое исследование показало фиброзное соединение. Судя по опубликованным в последнее время данным, а также и по нашим случаям, исследованным при помощи Рентгеновских лучей, соединение костных отрезков происходит чаще всего посредством фиброзной ткани. Однако нужно прибавить, что и при таком соединении функция тазового кольца бывает, как правило, вполне нормальной.

Только в исключительных случаях, при сильном расхождении костных отрезков, женщины жалуются на болезненность в области распила, на легкую утомляемость с понижением работоспособности. Конечно, подобные же и еще большие жалобы будут при разрывах крестцово-подвздошных сочленений, которые также наблюдаются иногда, в особенности, когда расхождение отрезков более 6 см. У нас в одном случае на вскрытии было установлено расхождение передних отделов левого крестцово-подвздошного сочленения. Расширение костной раны при родоразрешении достигало в этом случае 7,0 см.

2. Подобно симфизиотомии и пубиотомия предрасполагает к опущению влагалища, матки, мочевого пузыря и прямой кишки. На незначительном материале, который мне приходилось наблюдать, пубиотомия менее резко влияет в этом направлении, чем симфизиотомия, из чего следует сделать заключение, что распил, близкий к симфизу, особенно опасен, на мой взгляд, вследствие ранения *lig. pubo-vesicalia*. Подтверждением этому служит то обстоятельство, что среди наших пубиотомированных дали заметное опущение органов малого таза те случаи, где распил был произведен близко к симфизу.

Один из них дал кроме того наибольшее кровотечение и поражение мочевого пузыря, потребовавшее двукратной операции.

3. Не менее важные поражения наблюдаются в форме грыж: а) между волокнами разделенного *musc. recti* или б) между концами несросшейся кости.

Понятно, что нагноение раны, выхождение секвестров, а также преднамеренное разведение или случайное расхождение отрезков костей способствуют образованию этого существенного болезненного состояния. Число их в литературе около 9 на 120, исследованных несколько месяцев спустя после пубиотомии.

4. В редких случаях на месте сращения отрезков костей образуются особые костные выступы, уменьшающие просвет таза и таким образом увеличивающие препятствие в тазу будущим родам.

Таковы недостатки этой новой операции; они велики и картина получается, пожалуй, довольно мрачная. Но можно многое сказать и в защиту ее.

Прежде всего приходится подчеркнуть, что операция пубиотомии — новая, что даже наиболее опытные в ней акушеры производили ее лишь несколько десятков раз. Кстати сказать, они и получили 0% смертности или немногим больше (Leopold, Schauta, Bumm).

В Повивально-Гинекологическом Институте единственный смертельный исход произошел от случайной причины — ileus'a.

Методы операции еще до сих пор нельзя считать установленными, равно выбор инструментария, как и ведение родов и послеродового периода. Малоопытность операторов очень хорошо видна из того факта, что на 156 операций пубиотомии пришлось 78 операторов (Ильин), следовательно, большая часть их делала ее только по 2 или даже по одному разу. Едва ли может быть сомнение в том, что плохие результаты в некоторых случаях произошли от стремления получить расхождение отрезков лонной кости ради стойкого увеличения таза. Обилие разрывов нельзя не поставить в связь с почти общепринятым вначале положением, что вслед за пубиотомией нужно окончить роды немедленным извлечением плода щипцами или руками после поворота.

Значительное число перворождающих также способствовало обширным разрывам, а равно и повышению смертности.

К тому же приводило громадное расхождение отрезков (нередко выше 6,0 и даже 7,0), что составляет безусловно погрешность техники.

В этом отношении демонстративны случаи Повивально-Гинекологического Института. Как методы, так и инструменты применялись у нас довольно разнообразные: проводник Döderlein'a, Лесового, мой; первый случай с разрезом, последующие по методу укола, то сверху, то снизу.

Интересно также сравнение течения случаев, оперированных мною и ассистентами Института: 3 из них оперировали по 1 и 1 — 2 раза. Я исключаю 2-й случай, который в настоящее время предпочел бы оперировать при помощи кесарского сечения, хотя и он в конце концов прошел благополучно. (См. прил. таблицу). Больная с conj. diag. 9,0 и с обширными рубцами от предшествующих родов и фистул и на этот раз получила фистулу мочевого пузыря, самопроизвольно исцелившуюся, при живом ребенке весом в 3390,0, встала на 34 день и выписалась на 75-й день.

Первый мой случай протекал наиболее неблагоприятно: lochiometra, сообщающийся разрыв с костной раной; встала на 40-й день и выписалась на 55-й с живым ребенком и вполне в хорошем состоянии.

Средняя conj. diag. в моих случаях 9,47, вес плода 3633, вставание на 22,8 день; выписка на 31,5 день.

Единственная лихорадившая во время родов, т.-е. до пубиотомии, больная находилась также в этой группе.

Значительно менее благоприятно течение 5 случаев, оперированных ассистентами: при conj. diag. 9,9 извлечены дети в среднем 3450 весом, из матерей одна умерла от случайного осложнения (ileus), у нее же расхождение отрезков достигало 7,0 и произошел разрыв крестцово-подвздошного сочленения. Остальные встали в среднем на 32 день и выписались на 59. Единственный умерший в послеродовом периоде ребенок находится также в этой группе.

Одним словом, при большем тазе извлечен меньший плод, вставание замедлилось на 9 дней, а выписка на 27 дней.

Я убежден, что в дальнейшем по мере увеличения нашей опытности и усовершенствования методов результаты при пубиотомии будут значительно более благоприятны, как в отношении матери, так и ребенка.

По отношению к детям пубиотомия пока дает далеко не блестящие результаты. По статистике Ильина на 156 пубиотомий смертность детей 5,8%, по Schläfli на 664 случая смертность детей получилась уже 9,6% (64 случая).

Несравненно лучшие результаты при кесарском сечении (1 — 4%). Интересна работа Schneider'a (Centr. f. Gyn. № 6. 1909 г.) о судьбе детей после кесарского сечения: смертность детей непосредственно после операции 8,5%, через 20 дней 18,6%, а через год из 27 только 14 оказались живых, т.-е. 51%. Значительно худшие при профилактическом повороте и высоких щипцах (25% смертности) и еще худшие при искусственных преждевременных родах — 37% (Sarvey).

Не может быть также сомнения, что поворот и высокие щипцы сопровождаются значительными травмами плода при извлечении и, следовательно, дают ребенка нередко с повреждениями и предрасположенного к заболеваниям.

Последнее особенно относится к детям, рожденным преждевременно при помощи искусственных родов.

Из вышеприведенных данных вытекают общие показания к применению разбираемых конкурирующих операций; операция кесарского сечения и пубиотомии показаны там, где на первый план ставятся или высоко ценятся интересы плода. Напротив, отдавая ему меньшее преимущество, можно прибегать к повороту, высоким щипцам и искусственным преждевременным родам, к которым в неблагоприятных случаях присоединяется перфорация. Пубиотомия представляет меньшую опасность для матери, чем кесарское сечение, для ребенка — отношение обратно.

Район кесарского сечения шире, так как оно может быть применимо и при абсолютном сужении таза, но так как число тазов с средним сужением больше, чем с абсолютным, то применение пубиотомии может быть более частым, чем кесарское сечение.

Акушерской критике представляется установить, при каких условиях применение той или другой операции является наиболее выгодным, и в частности при пубиотомии наметить возможные усовершенствования, как в применяющемся инструментарии, так и в избираемых приемах.

К этому последнему и перехожу.

Из двух методов производства пубиотомии обращают на себя внимание прежде всего так называемый открытый способ и подкожный; последний с подразделением на метод с разрезом и с руководством пальца при проведении пилы и метод с уколом без непосредственного руководства пальцем (*Schnittmethode* и *Stichmethode*).

Статистические данные, собранные *Döderlein*'ом и *Baisch*'ем, говорят за безусловно большую безопасность в настоящее время подкожной пубиотомии с очень большим преимуществом (2,9% против 10% смертности).

И действительно, близость половой щели, которая может давать разлагающиеся, иногда с патогенными микробами отделения, достаточно объясняет возможность заражения костной раны при наличии большого ранения кожи и, пожалуй, проникающих швов. Близость наружного отверстия мочеиспускательного канала и заднего прохода также говорят в пользу закрытого метода. Однако нельзя не отметить, что последнее слово в этом отношении еще не сказано, и что в некоторых случаях открытая пубиотомия должна быть предпочтительной. Сильное кровотечение из операционной раны, не прекращающееся при применении обычных мер, дает неоспоримое показание ко вскрытию раны и точной перевязке кровотокающих сосудов.

То же до некоторой степени можно сказать и в случае образования значительной гематомы; не включая сюда случаев в послеродовом периоде, когда гематома или костная рана нагнаивается; вскрытие и дренирование при этом условии являются наиболее выгодным приемом.

Признавая для настоящего времени наиболее выгодным способ подкожного оперирования, мы должны рассмотреть две формы его: по *Döderlein*'у — с разрезом сверху и с проведением пальца позади лона, или по методу укола, практикуемому нами, а также *Bumm*'ом и *Leopold*'ом.

Последний способ на мой взгляд представляется наиболее выгодным. Во 1-х, при нем менее нарушается прикрепление брюшных мышц и, во 2-х, шансы на занесение заразы в костную рану понижаются до *minimum*'а. Единственной невыгодой является опасность поранения мочевого пузыря, но и это обстоятельство не имеет решающего значения, во 1-х, потому, что и при способе *Döderlein*'а наблюдались случаи поранения мочевого пузыря (*Schläfli*), во 2-х, потому, что при известной осторожности, надлежащей технике и в особенности при применении соответственного инструмента шансы на это поранение представляются минимальными.

У нас только в одном случае ранение мочевого пузыря повидимому произошло при проведении инструмента, между тем как в двух других оно случилось при проведении головки. В одном случае имелись настолько неблагоприятные условия (ранее дважды была фистула мочевого пузыря, многочисленные рубцы), что по всей вероятности и способ Döderlein'a не устранил бы это ранение.

Далее, нельзя не согласиться, что обычно применяемые проводники повышают опасность ранения — Döderlein'овский потому, что он цепляется за окружающие ткани и даже в одном случае извлек стенку мочевого пузыря из кожной раны, а Витм'овский — потому, что он остроконечный и, следовательно, легко может проникать и через стенку мочевого пузыря.

Для устранения невыгод первого инструмента он должен быть изменен согласно уже опубликованным мною указаниям, а именно крючок должен быть более тупым и его выступ должен менее выдаваться, чем стержень проводника, или даже вместо крючка нужно иметь простое отверстие для введения нитки. Инструмент готовится Шапльгиным в Петербурге.

Рукоятка должна иметь очень короткую шейку.

Точно также я считаю проводник Лесового более безопасным, чем Витм'a, так как он тупоконечные, и шансы на ранение мочевого пузыря при нем незначительны.

Опыт показал нам, что проведение пилы при нем совершается по желобу чрезвычайно легко без извлечения инструмента, и что перепиливание кости возможно не вынимая проводника из раны. Таким образом устраняется маловероятное, но в исключительных случаях возможное ранение мочевого пузыря в момент перепиливания кости.

Техника проведения следующая: укол ножом по возможности до задней поверхности кости сверху при применении м о е г о проводника, или снизу при проведении проводника Лесового. Проведение проводника под руководством пальцев, введенных во влагалище вне схватки и при отталкивании головки кверху, если бы она была прижата.

Другой важный момент, на мой взгляд, в выборе места проведения распила кости. Близко к симфизу проведение иглы опасно и в отношении ранения мочевого пузыря и в отношении кровотечения, и в отношении опущения матки, влагалища и мочевого пузыря. В самом деле, при распиле, близком к симфизу, ранятся более центральные части clitoridis, дающие наибольшее кровотечение, кроме того, поражается венозное периуретральное сплетение. В то же время нарушается одна из ножек lig. pubo-vesicalia; при еще более срединном положении распила обе ножки этой связки будут находиться снаружи от распила и, следовательно, при расхождении краев распила будет надрываться соединение кости с мочевым пузырем, а равно и самая стенка мочевого пузыря.

После симфизиотомии мне нередко приходилось видеть резкие и упорные смещения половых органов книзу. Думаю, что эти смещения обуславливались значительным нарушением связочного аппарата в области лонного сочленения.

Среди наших случаев имеется очень хороший пример подобного рода. У больной А. Т. (1906. № 2554. № 7 таблицы) распил был проведен очень близко к симфизу, почти в области сочленения (см. рис. V статьи д-ра Ильяина «О заживлении костной раны после пубиотомии»).

В результате сильное кровотечение во время операции и после нее, отрыв *lig. pubo-vesical.*, растяжение шейки мочевого пузыря до невозможности задерживать мочу в течение нескольких месяцев; двукратная операция для устранения этой болезни. В другом случае при выписке наблюдались явления опущения тазовых органов.

На основании анатомических и клинических данных считаю более выгодным боковой разрез по *van de Velde*. Этим путем мы уменьшаем шансы на значительное кровотечение и на последующее смещение органов малого таза.

Выбор места для распила будет в зависимости от положения затылка плода, а также и от развития сосудов. При значительных варикозных расширениях вен на одной стороне в области операционного поля показуется применение операции на другой стороне.

Почти во всех наших случаях кровотечение было незначительное. В этом отношении я держусь следующих правил: после укола ножом, а равно и после проведения проводника остановить кровотечение прижатием шариком ваты кровоточащего места (если бы таковое было). Далее распил производить без остановок, несмотря на небольшое кровотечение, которое при этом обыкновенно наблюдается, не слишком быстро и при умеренном натяжении тилы во избежание ее разрыва, а также возможного нагревания до t° , обжигающей ткани. После перепила кости останавливаю кровотечение сжатием костных отрезков по возможности до соприкосновения и прижатием шариками ваты раненой части спереди и сзади. Также важно прижатие шариками полости раны после родоразрешения со стороны влагалища и кожных покровов.

Существенно важным мероприятием против кровотечения я считаю бережное родоразрешение, и лучше всего предоставление родов силам природы, конечно, при самом тщательном наблюдении за сердцебиением ребенка.

Переходя к ранениям полового канала, кроме высказанного, можно еще отметить следующее. Перворождающие и имеющие рубцовые поранения полового канала особенно предрасположены к разрывам и, следовательно, у них является более предпочтительным кесарское сечение, особенно при значительных сужениях таза, когда расхождение костных отрезков должно быть велико.

Если же пубиотомия будет применена у первородящих (по моему мнению, это подлежит дальнейшему исследованию), то следует прибегнуть профилактически к кольпейризу и разрезу промежности для уменьшения растяжения переднего отдела полового канала, а также к сжатию таза при проведении головки.

Против гематом действительны все указанные меры против кровотечений, кроме того, в будущем я предполагаю не зашивать нижнего укола в течение

4 — 5 часов и тем самым облегчить выход скопляющейся в операционной ране крови, может быть, даже применяя легкое выдавливание.

Существенным недостатком пубиотомии представляется в настоящее время частое повышение t^0 в послеродовом течении, появление lochiometrae, а также нагноение в области костной раны.

Я полагаю, что эти явления чисто случайные и находятся в связи с несовершенствами современных методов операции и последующего ухода, но никак не лежат в существе операции.

В одном из наших случаев lochiometra развилась, на мой взгляд, в связи с продолжительным положением больной на боку (что, как показало наблюдение, вело к наилучшему соприкосновению костных отрезков и, действительно, дало в результате костное соединение их).

Из других способствующих моментов было продолжительное неподвижное лежание на спине с вытянутыми и сложенными ногами, при чем половая щель сжималась и отток лохий был затруднен.

Может быть имеет значение и вялость матки в связи с травмой ганглиев Дембо в переднем своде, о которой мною уже было говорено раньше.

Не имеют ли некоторого значения в процессе нагноения многочисленные сальные и потовые железы этой области, из которых микробы заносятся в рану пилой? Эти вопросы подлежат дальнейшему выяснению.

В ближайшем будущем мною намечены следующие предохранительные мероприятия: более тщательная дезинфекция операционного поля, как и влагалища, повторная дезинфекция рук во время операции, применение подогретого спирта, как лучшего растворителя жира. При движениях пилы по возможности устранение ее соприкосновения с кожей, тщательное наблюдение за хорошим соприкосновением костных отрезков, за сокращением матки и за правильным удалением послеродовых очищений (secale, горячие или холодные спринцевания, массаж).

Думаю, что временные движения такой больной под врачебным контролем будут действовать только благоприятно на течение послеоперационного периода. Напоминаю о благотворном действии легких движений и даже массажа на заживление переломов костей.

Одновременно следует заботиться о поднятии сил самозащиты организма, что, на мой взгляд, достигается введением значительного количества жидкости и даже с небольшим количеством вина при достаточном питании.

Чрезвычайно важен вопрос, к какого рода заживлению костной раны нужно стремиться — к костному или фиброзному и далее: не следует ли заботиться о расхождении краев костной раны и тем самым достигнуть длительного расширения таза, при котором последующие роды могли бы происходить нормально.

Пубиотомия в настоящее время есть операция испытываемая, исследуемая и уже поэтому изучение ее должно происходить при простейших условиях; к x , так сказать, не следует прибавлять еще y и z . Далее, несомненно, что при наиболее близком соприкосновении раненых частей условия для получе-

ния *primae intentionis* наилучшие, мало того, условия для смещения органов малого таза и для образования грыж будут менее благоприятны и, следовательно, более выгодны для оперируемой.

Широкое расхождение костной раны, предрасполагая к фиброзному сращению, в то же время существенно нарушает механику человеческого скелета и движений, влияние которого оценить у различных женщин пока невозможно.

Единственная выгода более широкого расхождения костной раны, это — возможность произвольных родов в будущем.

Но не будет ли это куплено слишком дорогой ценой, рядом нервных явлений и страданий, понижением работоспособности, длительным и более тяжелым послеродовым периодом, и, наконец, возможностью летального исхода?

Между тем при благоприятном течении пубиотомии повторение ее едва ли представилось бы затруднительным, а в виду ее простоты при выработанной и определенной технике она сделалась бы почти столь же распространенной операцией, как и щипцы.

Только тогда, когда операция эта делается мало опасной для женщины, на что есть надежда, можно перейти к модификации ее производства с целью достижения более отдаленных и широких результатов.

В настоящее время операция представляет столько невыгод для матери, что ее надо ставить в самые благоприятные условия.

Условия для операции пубиотомии следующие:

1. Живой ребенок, так как операция производится исключительно в интересах плода.

2. Таз должен иметь около 7,5 см *conj. ver.* при плоских и 8,0 см при общесуженных тазах.

Только при маленьких головке и плоде сужение может быть на $\frac{1}{2}$ см значительнее.

3. Крестцово-подвздошные сочленения должны обладать подвижностью.

Следующие условия имеют относительное значение:

4. Зев должен быть совершенным или почти совершенным.

5. Роженица должна быть повторнорождающая.

6. Влагалище и тазовая клетчатка не должны заключать значительных рубцовых образований.

Показания к пубиотомии будут в общем те же, что и для кесарского сечения с так называемым относительным показанием. Но так как операция эта более безопасна для матери по отношению к жизни и так как есть много оснований думать, что с улучшением ее техники и предсказание *quo ad valetudinem completam* будет также благоприятно, то пубиотомия должна расширяться на счет высоких щипцов, профилактического поворота и искусственных преждевременных родов. Наиболее трудные случаи, дающие показание к применению перечисленных операций, могут быть заменены с пользой для ребенка пубиотомией.

Таким образом предсказание улучшится для всех разбираемых операций.

Т А Б Л И Ц А

**ПУБИТОМИЙ ПОВИВАЛЬНО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО
ИНСТИТУТА.**

akusher-lib.ru

№. Год № журнала. Возраст. ? — рана. Число живых детей. Оператор.	Предшествующие роды.	Тав. Tr. Cr. Sp. Coni. ext. и diag.	Продолжительность родов.	Положение плода.	Метод операции и способ родоразрешения.	Осложнения.	Повреждения.	Ширина расхождения лонной кости. Детали операции.	Кровотечение.	Asepsis при операции.	Ребенок.	Течение и уход в послеродовом периоде.	Исход при выписке. Рентгеновские исследования.	Последующее наблюдение.
1. 1906. 365. Т. К. 30 л. II раг. 0 жив. дет. Строганов.	Щипцы. Мертвый плод при них. В родильном доме.	28, 5. 27, 5. 25, 7. 18, 0. 8, 7—9, 0.	17 ч. 15 м.	2-е прод. головное.	Разрез поперечн. над лев. лонн. кост. 3 сант. до мышц. Прокол проводн. Döderlein'a под руков. пальца во влагалище. Щипцы.	Асфиксия плода. Края зева толсты, на 3 пальца открыты. Lues 3-го пер.	Расхождение прямых мышц. Трещина на промежности и у отверстия мочеисп. канала, отрыв куса шейки около 4 сант.	6—7 сант. Дренаж верхн. раны. Отрез. оторванного куса шейки.	Норм.	T° и пульс нормальн. Asepsis. Сифилит. язва на голени.	Асфикс. сред. ст. скорое поправл. 3350. Выписал. здоров.	Первые дни боков. положение больн. Лихорадка 6 дн. Lochiometra. Нагноение костн. раны. Сообщение ее с раной преддверия. Полное поправление. Встала на 40 д. Выпис. 55 д.	Вполне хорошее состояние. Костное сращен. Пуботиомир. стор. шире.	Ребенок умер 4-х мес. от случайной причины. Рентгенов. исследов. Костн. сращение.
2. 1906. 513. Э. К. 25 л. 6 р. 0 жив. дет. Отт.	1 роды—12 ч. мерт. пл. 2 р.—60 ч. и 3 р.—12 ч. Perforatio. 4-е — искусств. прежд. мерт. пл. 5 perforat. 2 раза фистул. мочев. пуз. после родов.	32, 27, 5. 26. 18, 5, 9, 0.	3 ч.	1-е прод. головное.	Слева укол ножом до кости. Проводн. Döderlein'a. Соскальзыв. пилы. Кровотечение. Ранение пузыря. Щипцы.	Рубцы в передн. своде от бывш. фистул.	Ранение мочевого пузыря.	Около 5 сант. Двукратное введ. проводника вследствие соскальз. пилы.	Умерен.	Asepsis.	Норм. 3390. Выпис. почти здоров.	Аппар. Отта. Лихорадка. Эксудативн. гематома. Фистула произвольн. закрылась. Встала на 34 день. Выпис. на 75 день.	Удовлетвор. фиброзн. сращ.	Удовлетворител. Небольшое расширение таза. Фиброзн. сращ.
3. 1906. 855. В. В. 42 л. 8 р. 3 жив. дет. Строганов.	1 р.—3 сут. жив. реб. 2 р.—4 сут. мерт. пл. 3 р.—7-ми мес.—жив. пл. 4 б.—выкид. 5 р.—15 час.—жив. пл. 6 и 7 р. искусств. преждевр. 6 реб. ум. 6 нед. 7-й — 20 час.	32, 27, 5. 26. 18, 5, 9, 0.	8 ч. 45 м.	1 головн. прод.	Укол ножом до лев. лонн. кости сверху. Проводник Döderlein'a. Гладкое перепилив. Выжид. Щипцы.	Асфиксия плода.	0	5—6 сант. сшиван. укол.	Норм. Сжат. шарик.	Asepsis.	Легк. асфиксия. 3660. Выписал. здоров.	Норм. Аппар. Отта. Трещины сосков. 2 раза 38,0. Встала на 20 день, выпис. на 27 день.	Вполне хорошее состояние. Пуботиомир. стор. шире. Соедин. костно-фиброзное.	Вполне хорошее состояние. Соед. костно-фиброзн.
4. 1906. 1131. М. Ш. 23 г. 2 р. 0 жив. дет. Строганов.	1 р. 4 сут. мерт. пл., хворала — 1 месяц в постели. Без сознания 9 дней.	30, 5. 27, 24. 17, 5. 9, 5. с. v.—7, 5.	56 ч. 45 м.	1 затыл.	Проводн. Лесового укол снизу, ножом слева. Щипцы.	0	0	4—4,5 сант. Сжат. раны шариками. Швы на укол.	Норм.	Asepsis.	Норм. 3600,0. Выпис. здоров.	Аппар. Отта. Норма на 16 и 17 д. пов. t° без лок. Встала на 15 день. Выпис. на 23 день.	Вполне хорошее. Повидимому костное сращ. Состояние хорошее.	
5. 1906. 30/VIII. М. К. 22 л. 2 р. 0 жив. дет. Лесовой.	1 роды — перфорация, хворала — 1 месяц в постели.	28, 5. 25, 5. 23. 18, 5. 10, 0.	51 ч.	2 головн.	Как в предыд. №. Укол справа. Выжидание. Кристеллер.	0	0	Сжатие таза ассист. с боков.	Норм.	Asepsis.	3690. Норм. Выпис. здоров.	Лихорадка. С 5—9 дн. повид. задержк. лохий. Встала на 16 д. Выпис. на 43 д. Мешки по бокам таза.	Удовл. состоян. Между конц. кости 1 сант. фибр. рубца, подвижн. сочлен. небольш.	Неизвестно.
6. 1906. 2494. П. В. 27 л. 2 р. 0 жив. дет. Строганов.	1 роды — 4 сут.—мертв. плод щипцами, 1½ месяца лежала в постели.	23, 5. 25. 22. 16, 5. 10¼.	52 ч. 25 м.	1 головн. сначала Litzmann, потом Hegel.	Как в предыд. 2 час. выжидание, потом щипцы.	Эклампс. Слаб. боли. Распил очень близок к симфизу.	Небольшой разрыв преддверия.	Сжатие таза с боков ассист.	Ничтожн.	Asepsis.	Норм. 4200,0. Выпис. здоров.	Лихорадка. Нагноение в обл. раны. Фиброзный рубец около 1½ сант. шир. Встала на 19 д., выпис. на 31 д.	Расхождение на 1½—2 сант. Уменьш. работоспособн. Опушение пер. стенки влагалища.	
7. 1906. 2554. А. Т. 21 г. 2 р. 0 жив. дет. Марковский.	1-е р. — 4 суток, больш. разрыв. Реб. ум. через 16 час. Моча не держалась месяц.	32, 27, 25, 5. 17, 5. 10, 25.	36 ч. 14 м.	1 затыл.	Как в предыд. Щипцы.	Зев на 4½ пальца. Асфиксия плода. Распил возле симфиза.	Значит. разрыв в области клитора и мочеиспускательн. канала.	4—5 сант.	Значит. Тампонация.	Asepsis.	Легкая асфикс. 3310. Выпис. здоров.	Лихорадка. Недержание мочи вслед. отрыва lig. pub.-vesical. et musc. transv. perin. prof. Встала на 34 д., выпис. на 69 д.	Фиброзн. сращ. 2 операции для устр. недержан. мочи. Поправл.	
8. 1906. 3092. А. Е. 37 л. 6 р. 1 жив. реб. Строганов.	3 р. по 24 ч. жив. дет. 4 р.—2 сут. 5 р.—3 суток, дети мертвые.	29, 26. 23. 18, 9, 8.	25 ч. 35 м.	1 Негел. Разгиб. гол.	Проводник Строганова сверху. Выжидание 2 часа. Щипцы.	Наклон головки к лобному предлежанию.	0	Двукратное наложение щипцов из за невыг. установки головки.	Норм.	Asepsis.	4050. Легкая асфикс. Выпис. здоров.	Аппар. Отта. Однокр. повыш. t° на 5 день. Встала на 22 день, выпис. на 29 день.	Фиброзн. рубц., не вполне прав. сращ. костей. Истерия.	Рентг. 0 костно-фиброзн. рубц., подвижн. кост.
9. 1906. 30/X. Е. Ф. 40 л. 8 р. Марковский.	5 выкид. 1 преждевр. роды мертв. плод. 1 срочн. роды мертв. плод.	25, 5. 23. 18. 9, 5.	43 ч. 50 м.	1 головн. Litzmann. склон.	Проводн. Лесового снизу. Щипцы.	Асфиксия плода.	Разрыв шейки и свода. Коммун. разр. влагал. Разрыв левой крестц. подвзд. сочл.	6—7 сант.	Незнач. Тампонация.	Asepsis.	Легк. асфиксия. 2650. Выпис. здоров.	С 3-го дня явление ileus'a. Коммуницирующие разрывы влаг.	Смерть от ileus'a на 7-й д. после операции, стар. сращ. кишек.	
10. 1906. 21/XI. А. В. 27 л. 5 р. Григорьев.	1-е р. — мертв. плод. 3 след. по 18—24 час. жив. дети.	29, 27, 5. 18, 0. 10, 0.	41 ч.	1 головн.	Как № 8. Резинов. жгут. Гематома. Опуш. головки в таз. Щипцы.	Асфиксия плода.	0	Расхождение небольшое.	Незнач.	Asepsis.	Легк. асфиксия. 4150. Умерла на 4-й день.	Гематома. Нагноение ее. Лихорадка. Т-образная повязка на таз. Мешки по бокам, стягив. таза липк. пластыр.	Нагноен. гемат., фиброзн. сращ.	Подвижн. ложн. сустав.
11. 1907. 10/III. Т. Б. 928. 26 л. 3 р. 0 жив. дет. Ильин.	Перв. роды оба конч. щипцами — мертвые дети.	29, 28¼, 24¼, 18, 9¼.	78 ч. 30 м.	1 головн.	Проводн. Лесового снизу. Жгут. Выжидание 7 час. Щипцы.	Litzmann. склон. Слабые боли.	0 видимых. Кровь в моче 3 дня.	?	Норм.	Asepsis.	3400. Норм. Выпис. здоров.	Кров. мочи. 3 дня cystitis. Pyelitis. Лихорадка. Встала на 18 д., выпис. на 46 д.	Хорошее состояние.	Неизвестно.
12. 1908. 5/III. 976. А. И. 3 р. 0 жив. дет. Строганов.	По 2-е суток 1 роды щипцы. 2 роды — извлечен. после 2-х родов хворала.	28, 27, 25, 5. 16, 5. 9, 25.	6 ч. 25 м.	1 затыл.	Как № 8. Выжидание 40 мин. Щипцы.	Слабые боли, зев на 4½ пальца, края толсты. Головка и ручка.	Разрыв шейки слева.	Около 5 сант.	Норм.	Asepsis.	2970. Выпис. здоров.	Хорошее течение. Трещины сосков. Лихорадка 3 дня. Встала на 17 д., выпис. на 24 д.	Хорошее.	Вполне удовлетворительное состояние.
13. 1908. 1217. 20/III. Н. Н. 4 р. 1 жив. реб. Строганов.	2 род. по 3 суток, 1 ребенок мертвый.	30, 27, 5. 24. 17, 5. 9, 5.	36 ч. 25 м.	1 затыл.	Как № 8. Щипцы в виду лихорадки. 16 исследований до операции.	Рановременное отхождение вод. Лихорадка sub partu.	Гематома.	?	Норм.	Лихор. до 38,4. 16 исследован. до опер.	3600. Выпис. здоров.	Прорыв гематомы во влагалище. Нагноение. Встала на 27 день, выписалась на 32 день.	Хорошее.	Неизвестно.

Следует коснуться вопроса о том, можно ли производить пубиотомию при наличии заражения полового канала? Несомненно, такое осложнение повышает опасность для матери (особенно же при применении кесарского сечения), тем не менее нужно помнить, что не всегда заражение очень серьезно, следовательно, приходится индивидуализировать случаи. Характер пульса, редшествующее ведение больной, общее состояние ее, бактериоскопическое исследование ее выделений и т. д. будут играть важную роль при решении вопроса о применении этой операции. В таких случаях подкожная пубиотомия по методу укола представляется особенно выгодной.

У нас случай № 13 был сделан при таком условии, и течение его не оставляло желать лучшего.

Само собою разумеется, что в случаях сомнительных в смысле асептичности пубиотомия должна быть предпочтительной сравнительно с кесарским сечением.

Равным образом у молодых субъектов, имеющих шансы на многочисленные повторные роды, пубиотомия может быть также предпочтительной. Иное дело у женщин пожилых, желающих иметь живого ребенка.

Выводы.

1. Пубиотомия представляет ценное приобретение оперативного акушерства.

2. В общем можно сказать, что смертность матерей при этой операции два раза меньше, чем при кесарском сечении, в $1\frac{1}{2}$ — 2 раза больше, чем при высоких щипцах и профилактическом повороте, а тем более при искусственных преждевременных родах.

3. Обратные отношения получаются для детей; наименьшая смертность при кесарском сечении, в 2 — 3 раза большая при пубиотомии, еще большая (3 раза) при высоких щипцах и профилактическом повороте и, наконец, наибольшая при искусственных преждевременных родах.

4. Perforatio представляет наивыгоднейшую операцию для матери при носительном сужении таза.

5. Послеоперационное течение пубиотомии нередко сопровождается тяжелыми осложнениями, а иногда влечет уменьшение работоспособности.

6. Пубиотомия ограничивает применение высоких щипцов, а равно искусственных родов, предпочитаясь в наиболее тяжелых случаях.

7. Низшей границей применения пубиотомии при обычных средних данных должно считать *conj. veg.* в 7,5 см для плоских и 8,0 см для общесуженных тазов, и только при благоприятных условиях можно делать ее при *nj. vera* в 7,0 — 7,5 см для указанных тазов.

8. У первородящих, равно и у многорождающих со значительными тазовыми поражениями влагалища и соседних частей следует быть особенно осторожными с применением пубиотомии.

Следует коснуться вопроса о том, можно ли производить пубиотомию при наличии заражения полового канала? Несомненно, такое осложнение (повышает опасность для матери (особенно же при применении кесарского сечения), тем не менее нужно помнить, что не всегда заражение очень серьезно, следовательно, приходится индивидуализировать случаи. Характер пульса, предшествующее ведение больной, общее состояние ее, бактериоскопическое исследование ее выделений и т. д. будут играть важную роль при решении вопроса о применении этой операции. В таких случаях подкожная пубиотомия по методу укола представляется особенно выгодной.

У нас случай № 13 был сделан при таком условии, и течение его не оставяло желать лучшего.

Само собою разумеется, что в случаях сомнительных в смысле асептичности пубиотомия должна быть предпочтительной сравнительно с кесарским сечением.

Равным образом у молодых субъектов, имеющих шансы на многочисленные повторные роды, пубиотомия может быть также предпочтительной. Иное дело у женщин пожилых, желающих иметь живого ребенка.

Выводы.

1. Пубиотомия представляет ценное приобретение оперативного акушерства.

2. В общем можно сказать, что смертность матерей при этой операции в два раза меньше, чем при кесарском сечении, в $1\frac{1}{2}$ — 2 раза больше, чем при высоких щипцах и профилактическом повороте, а тем более при искусственных преждевременных родах.

3. Обратные отношения получаются для детей; наименьшая смертность при кесарском сечении, в 2 — 3 раза большая при пубиотомии, еще большая (в 3 раза) при высоких щипцах и профилактическом повороте и, наконец, наибольшая при искусственных преждевременных родах.

4. Perforatio представляет наивыгоднейшую операцию для матери при относительном сужении таза.

5. Послеоперационное течение пубиотомии нередко сопровождается тяжелыми осложнениями, а иногда влечет уменьшение работоспособности.

6. Пубиотомия ограничивает применение высоких щипцов, а равно и искусственных родов, предпочитаясь в наиболее тяжелых случаях.

7. Нижней границей применения пубиотомии при обычных средних данных должно считать *conj. ver.* в 7,5 см для плоских и 8,0 см для общесуженных тазов, и только при благоприятных условиях можно делать ее при *conj. vera* в 7,0 — 7,5 см для указанных тазов.

8. У перворождающих, равно и у многорождающих со значительными рубцовыми поражениями влагалища и соседних частей следует быть особенно осторожными с применением пубиотомии.

В исключительных случаях применения этой операции у таких женщин, показывается предварительный кольпеллиз для расширения влагалища и профилактическая *perineotomia*.

9. Проведение проводников при помощи укола представляет наибольшие гарантии асептичности раны и поэтому такой способ является пока предпочтительным.

10. Применение тупоконечных проводников должно понизить частоту поранений мочевого пузыря.

11. Возможно совершенное сближение костных отрезков после пубиотомии является крайне желательным.

12. Попытки достигнуть стойкого расширения таза при этой операции должно считать преждевременными.

13. Проведение распила близко к симфизу повышает опасность травмы мочевого пузыря и предрасполагает к кровотечению и опущению тазовых органов.

14. В наших случаях пубиотомия повидимому ослабляла родовую деятельность.

15. После рассечения лона при выжидании требуется очень тщательное наблюдение за пульсом плода.

16. При наличии вышеупомянутых условий пубиотомия является показанной в тех случаях, где раньше применялось кесарское сечение с относительным показанием.

Прошло 15 лет со времени составления этого доклада, с того времени я сделал еще 5 пубиотомий, а в литературе опубликовано еще несколько сот их, и я счастлив заявить, что в общем оценка этой операции была произведена правильно, равно как правильно намечены пути к ее усовершенствованию.

Правда, за последние годы она отодвинута на второй план кесарским сечением в нижнем сегменте матки, дающем все лучшие и лучшие результаты, но едва ли последнее совершенно вытеснит пубиотомия.

В лучших руководствах последнего времени она рекомендуется при определенных показаниях. Так, *Stoessel* находит показанным ее применение при: 1) наличии лихорадки у роженицы, когда кесарское сечение противопоказано, 2) если для спасения ребенка требуется быстро извлечь его, 3) если приходится оперировать ради узкого таза в частном доме (*Lehrbuch d. Geburtshülfe*, 2 Aufl. S. 936).

Williams на 43 случая пубиотомии не имел ни одной смерти матери и только одно серьезное заболевание больной и сочувственно относится к ней. 20 из этих больных имели затем 30 родов, при чем 10 из них 12 раз разрешились произвольно, в остальных потребовалось оперативное вмешательство. (*Obstetrics*, 5-th edition. P. 519 — 521.)

De Lee говорит, что его собственный опыт в отношении pubiotomiae благоприятен и что она будет иметь место среди акушерских операций при надлежащих показаниях и условиях и при достаточно опытном (a competent) акушерке. (Principles and practice of Obstetrics, 4-th edition, P. 758.)

Menge описал 104 случая без смертности матерей, но с 6,7% смертности детей. Он имел также небольшое число осложнений.

Эти данные, как и мой небольшой опыт и анализ всех данных, равно как благоприятные сообщения о подкожной симфизиотомии — операции, по моему мнению, несомненно более опасной, чем pubiotomia, приводят меня к заключению, что в вопросе о пубиотомии последнее слово еще далеко не сказано и что она в будущем будет применяться если не широко, то во всяком случае не редко.

О РАННЕМ ВСТАВАНИИ ПОСЛЕ РОДОВ.¹

Позвольте мне занять ваше внимание вопросом о раннем вставании после родов. Несмотря на то, что роды — явление столь обыденное, так часто подвергающееся наблюдению и исследованию, срок вставания после них представляется до сих пор не точно установленным акушерской наукой. Исследователю предстоит здесь не мало труда в выяснении истины.

Огромное практическое значение этого вопроса очевидно. 6.700.000 женщин ежегодно разрешаются только в одной России, и все они заинтересованы правильным решением его. Есть основание думать, что изменение общепринятого режима делает их более крепкими и здоровыми, а, следовательно, даст не мало выгод для семьи и государства.

Мало того, имеются данные, что и новорожденный находится в лучших условиях при новом режиме.

Таким образом, не только для врача, но для всякого семейного человека, для всякой женщины правильное решение этого вопроса имеет большое значение, почему я избрал его предметом своей речи.

Как известно, оставление постели до недавнего времени разрешалось нормальным родильницам с 9-го дня. Некоторые акушеры еще и теперь советуют продолжить этот срок до 14-го дня (Fritsch, Bumm), а раньше были и такие, которые удерживали нормальных родильниц в постели до 3-х и более недель (Laskine, Gaillard, Fehling).

Какие же научные основания имеет за себя такой режим?

Универсальность его заставляет предполагать существование точных и солидных данных, доказывающих его полезность. Десятки тысяч женщин ежегодно разрешаются в родильных учреждениях и клиниках, и можно думать, что имеются точно проверенные наблюдения о влиянии вставания на 9 — 14 день на положение органов, на падение и поднятие веса родильниц, на их ¹°, пульс и дыхание, на работу кишечника и мочеподделительного аппарата, на общее состояние и самочувствие их, а равно на развитие ребенка и т. д. Можно ожидать сравнительных данных о влиянии различных режимов и точных доказательств, с цифрами в руках, несостоятельности того, что отрицается.

¹ Речь, произнесенная на акте императорского Клинического Института великой княгини Елены Павловны 25/III 1910.

На самом деле наш общий режим не имеет в своем основании строго проверенных научных данных.

Ища в литературе таких сравнительных исследований, я их не нашел, как и другие, изучавшие этот вопрос (Соловьев, Львов, Günther и др.). Однако, такое единодушное, общее убеждение недавнего прошлого едва ли могло быть совершенно ошибочным. Стараясь найти основания для такого заключения, вдумываясь в условия прежней акушерской деятельности, я склонен объяснить это тем, что в период до-антисептический акушеры имели дело, как правило, с зараженными женщинами.

В самом деле, еще и теперь лихорадочная t° родильниц во многих учреждениях встречается в 20%, между тем как в прежнее время t° в 38,2° (Winkel, Hecker, Grünwaldt, Lehmann, Schroeder) считалась еще нормальной, а еще ранее — кратковременная даже в 40°. Очевидно, наши предшественники имели дело с зараженными женщинами, а по отношению к таковым до сих пор существует убеждение, что покойное постельное содержание наиболее для них выгодно.

Правда, и здесь мы не имеем точных научных исследований, а потому нужно считать и этот вопрос открытым, по крайней мере для легких, нелокализованных форм.

Что же касается серьезных септических заболеваний в роде начинающегося периметрита или параметрита и др., то для нас и теперь понятно ухудшение от вставания и хождения больных этими формами.

Таким образом, в это относительно еще недавнее тяжелое время акушеры с полным правом назначали продолжительный покой после родов; нарушение этого режима слишком часто, воочию, сопровождалось ухудшением quasi нормального состояния, с t° в 38,2 — 40 С.

Как нечто не требующее доказательств, этот режим был передан нам нашими учителями, и почти до последнего времени правильность его не подвергалась сомнению. Но то, что было справедливо в то время, рационально ли оно в наш асептический период, когда нормальной t° для родильниц некоторые считают до 37°, а выше — подозрительной, когда процент лихорадящих спустился до 10 и ниже, а число септических заболеваний исчисляется в 1 — 2 — 3%?

Точного ответа на этот вопрос в настоящее время мы не имеем, а посему необходимо произвести новые исследования, включая сюда и вопрос о раннем вставании после родов.

Много невыгод приписывается раннему вставанию защитниками старого режима. На первый план приходится здесь поставить изменение правильного положения детородных органов, далее, вредное влияние на заживление ранений, которые в большей или меньшей степени имеются у каждой родильницы, повышение всасывания отделений, иногда зараженных и разлагающихся, возможность вхождения воздуха в вены, распадение тромбов и образование эмболий, повышение t° , худшая инволюция матки, брюшных стенок, промежности и так далее. Мало того, очень многие гинекологические заболевания

связываются с ранним вставанием, каковы: кровотечения, патологические отделения, метриты, эндометриты и т. д.

Несомненно, что все эти явления могут наблюдаться и у женщин рано вставших, но причинная связь между ними для большинства случаев не установлена.

Переходя к изучению раннего вставания, прежде всего бросим беглый взгляд на анатомио-физиологические условия детородной сферы родильниц непосредственно после родов в связи с вставанием. В настоящее время в науке установился взгляд, что на родильницу следует смотреть как на хирургическую больную. Это — человек с массой ранений на внутренней поверхности детородного канала. Они служат воротами для проникновения инфекции в организм женщины. Первым условием для благоприятного течения таких ранений будет устранение от них заразных начал.

Далее, в послеродовых очищениях природа устроила могучее приспособление для удаления и даже уничтожения случайно занесенной заразы. Представляя из себя в первое время почти чистую кровь, а затем серозную жидкость, они отличаются бактерийубивающими свойствами; кроме того, они удаляют заразу механически, представляя движение изнутри кнаружи. Задержание их в детородном канале тотчас изменяет условия: застоявшиеся послеродовые очищения не только не выносят случайно попавших микробов, но с течением времени теряют свои бактерийубивающие свойства и делаются благоприятной средой для развития микробов.

С этой точки зрения вертикальное (стоячее) положение женщины для нижнего отдела детородного канала (влагалища) представляется в отношении выведения послеродовых очищений более благоприятным, чем положение на спине, или даже положение на боку. В первом случае выходное отверстие канала представляет его нижележащую точку, во втором — вышележащую и в третьем — оно лежит на одном уровне с каналом.

В менее благоприятных условиях для стока послеродовых очищений находится главный орган половой сферы — плодместилище, матка — при вертикальном положении женщины, так как канал его располагается при этом почти горизонтально, с небольшим наклоном к наружному отверстию. Напротив, при горизонтальном положении женщины — на спине — матка лежит почти вертикально, а при положении на боку — канал матки направляется горизонтально, или даже наружное отверстие находится выше средней и верхней части, что теоретически может способствовать даже обратному току отделений.

Таким образом наиболее выгодным для стока отделений будет комбинация положений вертикального (стоячего) и горизонтального на спине (лежащего).

Надо отметить, что и боковое положение, разрешаемое и даже рекомендуемое на короткое время в первые дни послеродового периода уже лет 20—25, на практике не приносит никакого вреда, а только пользу: матка, сокращаясь, основательно удаляет свое содержимое и при таком положении, и не допускает движения очищений снаружи внутрь.

Таким образом, в отношении удаления послеродовых очищений временное вертикальное положение женщины представляется вполне благоприятным, выгодным.

В высокой степени важен вопрос, как изменяется положение матки при вертикальном положении родильницы. В этом отношении имеется точная работа проф. Küstner'a, который, вводя специальный зонд в матку, а также захватывая особыми пулевыми щипцами переднюю губу, установил, что дно матки наклоняется вперед и книзу, несколько смещаясь кзади, в то время как наружный зев поднимается кверху, отодвигаясь также кзади. Таким образом, при вертикальном положении (стоянии) матка занимает наиболее выгодное положение, не предрасполагающее к патологическим смещениям.

Другим важным моментом для устранения заражения в послеродовом периоде—возможно скорое и совершенное заживление ранений. Чрезвычайно трудно сказать точно, как будет влиять в этом отношении вертикальное положение родильницы. В общем покойное состояние больной считали благоприятным для этого, хотя в последнее время возникают серьезные сомнения в справедливости этого положения. Во всяком случае постельный режим родильницы связан, как мы увидим дальше, с затрудненным опорожнением соседних половых органов—пузыря и кишечника, которые, растягиваясь содержимым, в то же время смещают и детородный канал, растягивают его и тем грубо нарушают покой органа. Вслед за опорожнением их наступает также смещение матки, по измерениям Küstner'a (что согласуется и с моими наблюдениями у постели больной), большее, чем при изменении положения родильницы из горизонтального в вертикальное. Если мы примем во внимание нарушение крово-и лимфообращения, ослабление организма от всасывания разлагающихся, задержанных в кишечнике масс и уменьшение аппетита при покое, то едва ли заживление ранений будет происходить быстрее и совершеннее при лежании. Проследить глазом влияние раннего вставания родильниц на этот процесс весьма трудно—изменения будут мало заметны и уловимы. Я полагаю, однако, что мы найдем косвенное доказательство к решению этого вопроса в том или другом направлении в колебаниях t° и в характере выделений. Плохое заживление ранений должно сопровождаться более высокой t° и более кровянистыми и даже гнойными (при заражении) выделениями. Мы увидим далее, что наблюдения говорят в пользу раннего вставания.

В высокой степени интересно знать влияние раннего вставания на инволюцию матки, брюшных стенок и промежности. При покойном горизонтальном положении женщины на спине дно матки имеет тенденцию отклоняться кзади, следовательно, принимать патологическое положение, задерживающее, благодаря застою крови, нормальную инволюцию; при вертикальном положении оно наклоняется кпереди, нередко касаясь своею переднею поверхностью лона и брюшной стенки. Они представляют превосходную точку опоры для матки, о которую может происходить трение, в особенности при хождении; следовательно, будет происходить естественный внутрибрюшинный массаж матки, что представляется одним из могущественнейших средств для

усиления сокращений этого органа. В то же время происходит сокращение брюшных мышц, к которым присоединяется и сокращение их антагонистов — мышц промежности, что ведет к правильному питанию этих органов и, следовательно, к поддержанию нормальной их функции в будущем.

Клинические наблюдения, приводимые ниже, вполне подтверждают эти теоретические соображения.

Что касается повышения всасываемости из полового канала при вставании, то оно вполне допустимо. Давление в матке, благодаря усилению сокращений, может повышаться, равно и в связи с повышением давления в нижней части живота от опускания внутренностей, что проявляется даже в увеличении окружности этой области, как это доказал Küstner непосредственным измерением. Но у нормальных рожениц это не может причинить вреда, так как содержимое матки обычно стерильно. Иное дело в патологических случаях, почему здесь вставание, вероятно, и представляется вредным.

Перехожу к данным непосредственного наблюдения за состоянием рожениц, рано встающих после родов.

Будучи земским врачом Черниговской губ., я был поражен удивительным плодородием русской женщины. Из 4 женщин детородного периода одна рожала в течение года, и если принять во внимание, что другая, а может быть и третья, кормили, так как этот акт нередко затягивается у крестьянок на $1\frac{1}{2}$ — 2 года, то понятно, что плодовитость этих женщин приближалась к возможному максимуму. А между тем крестьянки безусловно en masse не могут соблюдать постельного режима в течение нескольких дней после родов. Во всяком случае большая плодовитость русской женщины указывает на здоровое состояние ее детородной сферы. Этот факт не есть местный; по всей России рождаемость достигает почти 5‰ (4,6‰ — 5‰).

Интересно, что у городского населения, где женщины чаще выполняют постельный режим после родов, рождаемость значительно меньше. Так, в 1907 году в городах она достигла 37 : 1000 против 47,7 : 1000 — в деревнях.¹

Как известно, рождаемость в России наибольшая среди европейских государств. Так, в 1907 году только в Болгарии и Румынии она достигала более 40‰ (Болгария — 44,3‰, Румыния — 41,7‰). В Венгрии, Испании, Австрии, Сербии, Италии, Германии и Голландии она колебалась между 30‰ (Голландия) и 37‰ (Сербия). В остальных государствах Европы она колебалась между 23,2‰ (Ирландия) и 28,3‰ (Дания), а во Франции — даже 19,7‰.

Таким образом, раннее вставание наших крестьянок не отразилось сколько-нибудь заметным образом на их плодовитости. Правда, некоторые отмечают довольно значительную частоту опущений и выпадений матки у крестьянок. Но ничем не доказано, что эти патологические состояния связаны с ранним вставанием. К сожалению крестьянки очень часто начинают произ-

¹ Отчет о состоянии народного здоровья за 1907 г. Управления Главного Медицинского Инспектора М. Вн. Д., стр. 4.

водить при этом тяжелую работу, и вот это последнее обстоятельство и ведет несомненно к указанным болезням. Из своей практики я вспоминаю крестьянок, которые на первый день после родов должны были колоть дрова, топить печь, готовить пищу, носить большие тяжести, и тем не менее, сверх ожиданий, детородная сфера некоторых из них после 7—8 родов была еще нормальной.

О малой опасности раннего вставания до некоторой степени говорит и послеродовое течение так называемых уличных родов. Было время, когда они протекали благополучнее, чем роды в специальных родильных заведениях. Да и теперь, как правило, они протекают без осложнений. А между тем, здесь непосредственно после родов женщине приходится не только встать, но и пройти большее или меньшее расстояние, иногда с ребенком в руках.

Перехожу к клиническим наблюдениям у постели больной. Еще в 1775 году White в своей клинике позволял родильницам подниматься с постели уже несколько часов спустя после родов. Некоторые вставали в тот же день, другие на 2-й и самое позднее на 3-й. Никаких вредных последствий от этого он не замечал. Goodel (1875 г.) на 700 родильницах наблюдал влияние ранних вставаний и был очень поражен полученными результатами. Особенно интересны его второй и четвертый выводы: 2) отвесное положение возбуждает матку к сокращениям, уменьшает количество послеродовых отделений и продолжительность их истечения; 4) наблюдения в клинике показывают, что при раннем вставании выздоровление идет гораздо быстрее, чем при продолжительном лежании родильниц в постели. Третьему его выводу, гласящему, что 3) маточные болезни неизвестны среди народов, у которых женщины встают рано после родов, я не придаю особого значения ввиду того, что он не привел никаких убедительных данных в доказательство его.

Далее, наш русский ученый, проф. Соловьев, на основании наблюдений 300 родильниц, решительно высказался в пользу раннего вставания, находя, что оно благоприятно как общим, так и местным явлениям.

Львов позволяет встать родильницам после 3-го дня, но не работать и не носить тяжестей. Его наблюдения обнимают свыше 13.000 случаев и дали ему глубокое убеждение в значительной пользе такого режима. Многие женщины рожали в заведываемом им родильном доме по 6—7 раз, рано вставали и не имели никаких патологических явлений в соответственной сфере, ни субъективно, ни объективно. Лишь в первый день замечалось более обильное отделение послеродовых очищений, но это обстоятельство он связывал с лучшим сокращением матки и, следовательно, признал его благоприятным. Более правильная работа кишечника вела к улучшению аппетита и к более скорому поправлению. Вес родильниц уже на 5—6 день переставал убывать, между тем как у невстававших этого никогда не наблюдалось и на 9-й день. В достаточных семьях, где он мог проводить этот режим, он не видел никакого вреда.

Еще более интересные данные сообщает Brutzer из клиники проф. Küstner'a. Здоровым родильницам уже со второго дня разрешалось вста-

вать, ходить и сидеть, сколько они пожелают. Женщин, вставших до 5-го дня включительно, было 599. Ни одна из них не умерла и не имела ни тяжелых заболеваний, ни малейших явлений эмболии, которой так опасаются некоторые. Первым следствием являлось устранение катетеризации пузыря. Замечено, что первый произвольный стул был тем раньше, чем ранее вставала больная. T° у рано встававших была не хуже, а скорее лучше, чем у женщин с поздним вставанием ($4,5^{\circ}/_{\circ}$ — $6,67^{\circ}/_{\circ}$), но у первых она поднималась до более высоких градусов. Анализируя материал, он не мог установить причинной зависимости повышений t° от ранних вставаний, за исключением очень немногих случаев, где таковая связь представлялась лишь вероятной. Пульс у рано встававших был несколько чаще вечером в первый день вставания, чем у женщин лежавших, что представляется довольно понятным. Он отмечает, что головокружение и слабые обмороки наблюдались реже, чем у встававших на 9 — 10 день.

Что касается инволюции детородных органов, то она протекала более благоприятно у рано встававших. В $71,2^{\circ}/_{\circ}$ всех случаев он признавал ее безупречной, между тем как у вставших после 5-го дня он нашел ее такой лишь в $64^{\circ}/_{\circ}$. В двух случаях было применено исследование зондом на 10-й день и получена длина матки $7,0$ см у встававшей на второй день, 9 см у встававшей на 5-й день, между тем как по *Hansen*'у наименьшая величина на 10-й день была 10 см.

В соответствии с лучшей инволюцией шло и изменение выделений: кровотечения не наблюдалось ни в одном случае, но первые дни констатировалась несколько большая примесь крови, которая, однако, быстро уменьшалась, и на 10-й день у некоторых отделений почти не было. *Retroversio* наблюдалась лишь у одной, т.-е. в $0,95^{\circ}/_{\circ}$, между тем как у вставших позднее 5-го дня в 4 раза чаще ($4^{\circ}/_{\circ}$). Некоторые из рано встававших показывались для наблюдения впоследствии и не имели ничего ненормального. Общее состояние таких родильниц к 10 дню представлялось более хорошим; многие отмечали, что при таком режиме они чувствуют себя лучше, чем после предыдущих родов, когда они поздно вставали.

Не менее благоприятно отражалось раннее вставание на падении веса родильниц: в то время как у вставших на 2 — 4 день потеря к 8 дню была $= 1,1^{\circ}/_{\circ}$, у вставших на 5-й день она была $= 1,21^{\circ}/_{\circ}$, а на 6-й день и позднее $= 2,68^{\circ}/_{\circ}$, что вполне объяснялось лучшим аппетитом и лучшим всасыванием при движениях. При сравнении данных Бреславльской клиники с уже имеющимися в литературе получается благоприятное заключение для раннего вставания.

К подобным выводам приводят также наблюдения, произведенные в Фрейбургской клинике проф. *Krönig*'а в 1905 — 1907 гг. (около 1000 родильниц). В диссертациях *Günther*'а и *Kettner*'а констатируется прекрасное состояние рано встающих родильниц при резком повышении аппетита, с лучшей работой кишечника и пузыря, с лучшей инволюцией брюшных стенок, влагалища и промежности не только в первое время после родов, но

и спустя несколько недель и месяцев (последнее, впрочем, проверено на небольшом числе случаев).

Заслуживает особого внимания работа J ü s g e n'a из той же клиники, которая рассматривает способность кормления у рано встающих женщин. Оказалось, что чем ранее встают родильницы, тем совершеннее они выполняют эту функцию.

Новую точку зрения пытается установить в диететике родильниц проф. K r ö n i g. Он не только является сторонником раннего вставания, но высказывается за систематическое упражнение, гимнастику мышц, особенно задетых актом родов, т.-е. мышц брюшной стенки и промежности. Он полагает, что покой этих мышц в послеродовом периоде должен вести к их атрофии; напротив, умеренная деятельность, сопровождаемая покоем, должна вести к улучшению питания, к лучшему развитию их.

Признавая в принципе мысль K r ö n i g'a справедливой, должно, однако, поставить вопрос, не будет ли достаточной для правильного питания заинтересованных мышц та работа, которая связана с вставанием. Если, кроме того, разрешают женщине поднятие ее ребенка для прикладывания к груди, как это делается с 1904 года в заведываемом мною приюте, то о бездеятельности мышц не может быть и речи. Не будет ли гимнастика при таких условиях чрезмерной работой, которая тоже может вести к атрофии. На мой взгляд, наблюдение за ранним вставанием не следует пока осложнять введением новых испытываемых моментов.

Перехожу к собственным данным, обнимающим свыше 8000 случаев. Первые наблюдения над ранним вставанием были произведены мною при получении в заведывание приюта им. проф. К р а с о в с к о г о, сначала на родильницах, которые против обычного режима произвольно вставали и ходили. Так как я не видел от этого вреда, то в 1901 году было разрешено всем больным уже с 3-го дня вставать для стула и мочеотделения.

У многорождающих я не заметил никакого вреда, у перворождающих же стали чаще наблюдаться повышения t° , почему через 3 — 4 месяца режим по отношению к последним был изменен в том смысле, что вставание им разрешалось только с 5-го дня. В дальнейшем, в 1904 г., я расширил деятельность родильниц в том направлении, что они могли самостоятельно брать своего ребенка для кормления и класть его обратно.

Были устроены подходящие для этого детские кровати, облегчавшие матери эту работу. В связанных с этим движениях есть нечто общее с гимнастикой, рекомендуемой проф. K r ö n i g'ом с 1906 года. Работа брюшных мышц и промежности производится и при этом. Вставание и сидение в постели допускается с первого дня.

С таким режимом я работаю последние 8 лет и признаю его лучшим, чем старый режим 7 — 8-дневного лежания в постели.

Несомненно при этом улучшается функция кишечника и пузыря. Катеризация почти не производится. Аппетит улучшается. Общее состояние заметно лучше, чем при старом режиме: женщины бодры, крепки, жизне-

радостны. Очень часто на вопрос: «как вы себя чувствуете?» — слышишь ответ: «очень, очень хорошо!» Правда, наблюдаются при первом вставании головокружения, реже обморок, но они наблюдались и раньше в значительно большем числе.

Инволюция матки совершается повидимому лучше, чем прежде, равно как инволюция брюшных стенок и промежности.

Неправильных положений и смещений за ранней выпиской не наблюдалось, равно как и прекращения кровянистых выделений. Сотни больных разрешались в приюте повторно, и каких-либо невыгодных последствий от рассматриваемого режима я не замечал. Влияние на кормление и на состояние ребенка скорее благоприятное, как это можно видеть из того, что средняя смертность детей за эти годы (1901 — 1909) была на 0,5% меньше, чем во всех городских родильных приютах. (Средняя смертность детей в течение пребывания в приюте им. проф. Красовского была 1,8%, а во всех приютах — 2,3%.)

То же можно сказать и относительно заболеваемости септическими формами, равно и смертности как от септических, так и не-септических послеродовых и общих заболеваний: они скорее благоприятны раннему вставанию. А именно, средняя заболеваемость септическими формами в приюте им. Красовского за эти годы была 1,8%, между тем как во всех приютах — 2,2%.

Соответственно с этим и смертность от септических заболеваний была несколько меньшей, а именно: в приюте им. Красовского 0,09%, при общей смертности 0,19% (включено 0,10 смертности от не-септических послеродовых и общих заболеваний), а во всех приютах средняя смертность от септических заболеваний за то же время была 0,11%, при общей смертности 0,28%.

Напротив, однократные и многократные повышения t° (большая часть последних состояла из 2- и 3-кратных) без локализации процесса встречались в приюте им. Красовского значительно чаще, а именно: 7,4% против 6% во всех приютах. * Я имею основание думать, что последнее есть случайное явление, не стоящее в связи с ранним вставанием. Сравнение я произвожу не с предшествующими годами жизни приюта, так как, к счастью, в общем замечается понижение заболеваемости и смертности, а сравниваю свои данные с заболеваемостью и смертностью всех Спб. городских родильных приютов, в которых, насколько мне известно, раннее вставание не практиковалось, по крайней мере так систематично, как в приюте имени проф. Красовского. Условия существования этих приютов более или менее сходны.

Противопоказанием к раннему вставанию я признаю: повышение t° у матери, различные заразные заболевания, нефриты, слабое состояние родильницы после кровотечения, эклампсии, при сильном малокровии, пороках сердца и разрывах полового канала. В этих случаях вставание отдалится на один или несколько дней.

* Эти данные взяты мной из «Медицинских отчетов Спб. городских родильных приютов».

Я далек от мысли считать поднятый вопрос решенным. Напротив, я считаю его только поставленным на очередь и ждущим своего решения. Мы видели, что число наблюдений слишком ничтожно для столь важного вопроса, да и то, что есть, произведено при различных и не всегда точных условиях. Однако, можно получить общее впечатление, что этот режим при настоящих условиях приносит пользу: он может сделать родильницу более здоровой и крепкой, а, следовательно, более счастливой и прекрасной, а с нею таковым же и ее ребенка. Он внесет, таким образом, долю пользы и добра в то, что считается всеми нами наиболее ценным и дорогим и что составляет крепость, силу и надежду наций.

Прошло почти 4 года со времени произнесения этой речи. За это время около 5000 родильниц были подвергнуты описанному режиму, при чем с 1910 года я снова разрешил перворождающим вставать с 3-го дня, каковых было около 1400. Никаких вредных последствий я не наблюдал; напротив, положительные стороны, которые были отмечены много раньше, констатированы и при последующем наблюдении. В редких случаях я разрешал вставать родильницам для стула или мочеотделения и на 2-й день и также не видел от этого какого-либо вреда.

Чтобы яснее представить результаты такого режима, привожу таблицу (см. стр. 230), опубликованную мною на IV всероссийском съезде гинекологов и акушеров относительно заболеваемости и смертности в находившемся в моем заведывании Спб. городском родильном приюте имени проф. К р а с о в с к о г о, а также заболеваемости и смертности в других городских родильных приютах, работающих при одних и тех же условиях.

Свои наблюдения я резюмировал тогда следующими словами:

«Что касается до заболеваемости, то она подобно тому, как в других Спб. городских родильных приютах, с каждым годом прогрессивно уменьшается — 15,4% в 1902 г., до 4,1% в 1909 г., при чем послеродовые септические заболевания упали с 2,8% до 0,8%; последние в течение 10 лет были в меньшем числе, чем во всех других родильных приютах, на 0,4%. В 4 случаях наблюдался тромбоз флебит, однако, без всякой причинной связи с ранним вставанием. Напротив, как теоретические соображения, так и наблюдения у постели больной склоняют меня к мысли, что раннее вставание способствует устранению этого опасного осложнения послеродового периода.

Что касается смертности в приюте, то она была небольшой, а именно: от сепсиса погибло всего (считая переведенных и умерших в больницах) на 9775 родов и выкидышей — 8 человек, т.-е. 0,08% и от не-септических послеродовых и общих заболеваний 11 чел., т.-е. 0,11%.

В других городских родильных приютах за то же время погибло от сепсиса — 0,11% и от прочих заболеваний — 0,17%. Таким образом, как заболеваемость, так и смертность в приюте им. проф. К р а с о в с к о г о скорее

Г о д а .	1901		1902		1903		1904		1905		1906		1907		1908		1909		1910		Итого за 10 лет.	
	Все приют.	Ал.-Нев. п. п. Кр.	Все приют.	Ал.-Нев. п. п. Кр.	Все приют.	Ал.-Нев. п. п. Кр.	Все приют.	Ал.-Нев. п. п. Кр.	Все приют.	Ал.-Нев. п. п. Кр.	Все приют.	Ал.-Нев. п. п. Кр.	Все приют.	Ал.-Нев. п. п. Кр.	Все приют.	Ал.-Нев. п. п. Кр.	Все приют.	Ал.-Нев. п. п. Кр.	Все приют.	Ал.-Нев. п. п. Кр.	По всем приют.	В пр. им. Красов.
% безлихорадочн. . .	87,8	87,0	88,0	84,6	89,7	88,2	87,8	88,1	89,3	86,1	89,2	89,5	90	88,2	91,1	91,7	94,0	95,9	92,7	93,9		
% с однокр. пов. т°. . .	3,9	4,3	4,4	6,1	3,3	4,1	4,2	4,5	3,8	6,0	3,5	3,6	3,5	3,5	3,2	3,3	1,6	1,5	2,0	1,5		
% с многокр. пов. т°. . .	3,6	4,4	2,6	4,4	2,8	3,3	3,2	3,3	2,6	4,1	2,3	3,6	2,4	3,8	1,4	1,5	1,5	1,0	1,8	1,2		
% с послеродов. септ. забол. . . .	2,1	2,0	2,6	2,8	2,0	2,0	2,2	1,4	2,4	1,1	2,5	1,6	2,4	2,3	2,2	1,9	1,5	0,8	1,7	1,4		
% с послерод. несепт. забол. . . .	1,0	0	0,7	0,8	0,6	0,8	0,7	0,9	0,8	0,7	0,8	0,5	0,7	0,7	0,6	0,3	0,3	0,2	0,9	1,3		
% общ. заболев. . . .	1,6	2,3	1,7	1,6	1,6	1,6	1,9	1,8	1,1	2,0	1,7	1,2	1,0	1,5	1,5	1,3	10,3	0,6	0,9	0,7		
		560		635		543		651		863		1104		1251		1231		1508		1429		9775
Родилось живыми в приютах %	96,6	96,3	96,2	97	96,9	96,5	96,6	97,4	96,4	96,6	96,7	97,0	96,7	98,2	96,4	98,5	96,6	96,8	96,5	97,2	96,56%	97,15%
Из них умерло в приютах % . . .	2,3	1,9	2,4	1,6	2,3	2,3	2,2	1,5	2,4	2,3	2,6	2,0	2,1	2,0	2,2	1,8	2,0	1,2	2,1	1,2	2,16%	1,78%

Всёх умерших как в приюте, так и среди переведенных из приюта в больницы за 10-летний срок было 19, из них 8 от сепсиса, т.-е. 0,08, и 11 от неспецифических послеродовых и общих заболеваний, т.-е. 0,11%.

говорят в пользу раннего вставания. Параллельно с этим наблюдается и уменьшение детской смертности, как это видно из прилагаемой таблицы.

Я привожу свои сравнения с результатами других городских приютов потому, что как подбор больных, так и условия деятельности в них более или менее сходны с таковыми приюта им. проф. Красовского. Должно отметить, что раннее вставание там до последнего времени систематически не применялось. Только в XV родильном приюте (заведующий проф. К. К. Скробанский) практикуется раннее вставание 2—3 года и в общем дает благоприятное впечатление.

Положения:

1. Господствующий режим в послеродовом периоде не имеет в своем основании твердых научных данных и нуждается в проверке. 2. Имеются солидные данные, что раннее вставание на короткое время с 3-го дня благотворно отражается на течении послеродового периода. 3. Дальнейшие исследования в этом направлении крайне желательны.

ЛИТЕРАТУРА.

Во избежание повторения, я не привожу авторов (62), названных в статье врачей Оболенской и Проскуряковой («Журн. Акуш. и Женск. Бол.» Декабрь 1911 г., стр. 1740). Привожу лишь то, что там не упомянуто.

1. Adolph. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXX, p. 320. Die Bedeutung d. Levaspaltens für die Recidivprognose der Prolapsoperation.
2. Baer. (Рефер. в Münch. Medic. Woch. 1909, № 43 из Wiener Medic. Woch. 1909, № 34). Das Verhalten des Blutdruckes beim Frühaufstehen im Wochenbette.
3. Berezeller. Die Diätetik des Wochenbettes (Budapest Gyógyászat № 40, 1908). Реф. Frommel's. Jahrb. 502 за 1908.
4. Brandt. Kr. und Horn. Норвежская работа. Реф. в Frommel's Jahresber. über das J., 1910.
5. Bockelman. Прения в Берлинском Акуш. Обществе.
6. Broese. Zentralblatt f. Gyn. 1908, № 21.
7. Feilchenfeld. Das Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Rundfrage d. Klin. therap. Wochenschr. № 47 и 48. 1909.
8. Fromme. Thrombose u. Frühaufstehen im Wochenbett. Zentralbl. f. Gyn. № 1. 1909.
9. Fritsch. Zur Geburtsh. antiseptisch. Prophylaxie. Deutsch. Medic. Wochenschrift, № 8, 1909
10. Gigli цитируется Rosenfeld'ом—см. № 26.
11. Hoehne. Die Beziehungen der Bettruhe nach gynäkol. Operation u. Entbindungen zur Thrombose u. Embolie. Monatsschrift f. Geburtsch. u. Gyn. Bd. XXX, H. 5.
12. Holzappel. Ueber die Behandlung der Bauchdecken im Wochenbett und über das Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Münch. Medic. Wochenschr. № 20, 1909.
13. van der Hoeven. Прения по докладу о раннем вставании. Zentralbl. f. Gyn. 1910, 12.

14. Hurzenga. Раннее вставание родильниц. Нидерландская работа. Frommel's Jahresber. über 1909.
15. Krauss. Die Frage des Frühaufstehens der Wöchnerinnen vom Standpunkt des Praktikers. Beiträge zur Geburtshilfe und Gyn. XIII. S. 483 Прения по поводу этого доклада: Herff, Krönig, Sellheim, S. 485 и далее Ibid.
16. Kümmell. Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 989
17. Lazarewicz. Ueber das Frühaufstehen d. Wöchner. Przegląd Lekarski, № 23, 1909.
18. Львов. Врач, 1888 г. См. также отчеты Лихачевского родильного дома в Казани.
19. Miguel Maillé. Французск. Тулузск. диссерт. Реф. Zentralbl. f. Gyn. 1910, 28.
20. Mendel. Ueber Thrombophilie und das Frühaufstehen der Wöchnerin. u. Laparotomierten. Münch. Medic. Wochenschr. № 42, 1909.
21. Olshausen Прения по докладу Martin'a. Zentralbl. f. Gyn. № 21, 1908.
22. Oppmann. Ueber den Einfluss der längeren körperlichen Bettruhe nach Myomperirt. u. Geburt. bezüglich der Frage d. Frühaufstehens. Diss. Würzburg.
23. Платонов. Новая эра в хирургии. Журн. Акуш. и Женск. Бол. 1911, стр. 869.
24. van der Poll Прения о раннем вставании. Zentralbl. f. Gyn. № 12, 1910.
25. Rutherford, цитир. по Rosenfeld'y. The Americ. Journ. of Obstetr. 1891.
26. Rosenfeld. Gynaekol. Rundschau. 1908, стр. 401.
27. Simon. Zur Diätetik d. Wochenbettes. Deutsch. Medic. Wochenschr. № 6, 1909.
28. Solowij. К вопросу о раннем вставании после родов и лапаротомий. Tygodnik Lek. № 45, 1909.
29. Schücking. Liegegymnastik im Wochenbett und nach grösseren gynäk. operationen. Zentralbl. f. Gyn. № 51, 1908.
30. Schickele. Münch. med. Wochenschr. № 14, 1909.
31. Iria Rosario Ласу. Рефер. с испанск. Zentralbl. f. Gyn. 1910, № 39.
32. Stratz. Прения о раннем вставании. Zentralbl. f. Gyn. № 12, 1910.
33. Schüleip. Прения о раннем вставании. Zentralbl. f. Gyn. № 21, 1908.
34. Werth. Über die Bettruhe bei Laparotomierten und Wöchnerinnen, Zentralbl. f. Gyn. 1908, № 42. Съезд в Кельне: там же доклад Krönig'a и прения.
35. Wyder. Korrespondenzarzt f. Schweizer Aerzte. XL Jahr. № 29. Реф. в Münch. Med. Woch. № 1, 1911.
36. Ziegenspeck Zur Aetiologie der Retroflexio uteri puerperalis. Zentralbl. f. Gyn. 1908, № 23.
37. Günther. Zur Frage: an welchem Tage nach der Geburt soll die gesunde Wöchnerinn das Bett verlassen. Inaug. Diss. Freiburg im B. 1907.
38. Kettner. Zur Diätetik des Wochenbettes. Inaug. Diss. Freiburg im B. 1907.
39. Jüsgen. Über den Einfluss des Frühaufstehens der Wöchnerinnen auf die Milchsecretion. Inaug. Diss. Freiburg im Br. 1908.

АКУШЕРСКИЕ СРЕДНИЕ НОРМАЛЬНЫЕ ВЕЛИЧИНЫ.

Размеры таза (на живой женщине).

Размеры большого таза:

Distant. spin.	25 — 26 см
Distant. crista.	28 — 29 „
Distant. trochant.	30 — 31 „
Conjugat. ext.	19 — 20 „

Вход в таз:

Conjugat. vera (прямой размер)	11,0
Поперечный размер	13,5
Косые размеры	12,75

Узкость таза:

Прямой размер	11,5
Поперечный размер	10,0 — 10,5

Выход таза:

Прямой размер	11,5 (при отклонении копчика кзади до 2-х см).
Поперечный размер	11,0 (2 последние размера особенно важны для кифотических и воронкообразно суженных тазов).
Conjug. diagon	12,5 см

Вычет из нее для получения conj. vera при нормальном и общесуженном тазе — 1,5 см; при рахитическом — 2,0 см.

Увеличение и уменьшение вычета обуславливаются:

- 1) Углом между conjug. vera и симфизом. Чем больше этот угол, тем больше вычет; или углом между conjug. diagon. и симфизом. Чем меньше этот угол, тем больше вычет.
 - 2) Высотой симфиза
 - 3) Толщиной его.
- } Чем больше они, тем больше вычет.

Величина плода:

Вес девочек	3260,0
„ мальчиков	3380,0
Длина	51 см.

Размеры головки:

Прямой размер (от надпереносья до наиболее удаленной точки затылка) — 11,75.

Окружность, отвечающая этому размеру, — 34,5.

Наибольший размер головки (от подбородка до наиболее удаленной точки заднего темени или затылка) — 12,5 — 13,0.

Соответственная окружность — 37,5.

2-ой прямой размер (от подзатылочной области до лобных бугров) — 11,0.

Соответственная окружность — 32,0.

Малый косой размер (от подзатылочной области до середины большого родничка) — 9,5.

Соответственная окружность — 29,0 — 30,0.

Наибольший поперечный размер (между наиболее удаленными точками теменных бугров) — 9,25 — 9,5.

Малый поперечный (между наиболее удаленными точками венечных швов) — 8,0.

Размер поперечный плечиков — 12,0.

Соответственная окружность — 34,0.

Поперечный размер таза (dist. trochant.) — 9,0 — 9,5.

Соответственная окружность — 29,0 — 30,0.

Средняя продолжительность менструального периода (от начала месячных до начала следующих) — 27 — 28 дней.

Продолжительность месячных (наиболее частая) — 3 — 6 дней.

Среднее количество теряемой крови — 90,0 — 150,0.

Продолжительность беременности (от первого дня последних месячных) — 280 дней.

Продолжительность беременности от момента однократного плодотворного соития — 272 — 275 дней.

Первое движение плода обыкновенно чувствуется первобеременными на 20-й неделе, повторнобеременными на 1—1½ недели ранее.

Продолжительность родов при теменных (затылочных) предлежаниях:

у перворождающих 16 — 20 час.

„ многоорождающих 8 — 12 „

1-й период у перворожд. 14 — 16 час.; у многоорожд. 7 — 10 час.

2-й „ „ „ 2 — 3 „ „ „ 1 „

3-й „ „ „ 15 — 40 мин. „ „ 15 — 30 „

Продолжительность родов при лицевых предлежаниях:

у перворождающих 22 ч.; у многоорождающ. 14 ч.

2-й период у перворожд. . . 2—4 „ „ „ 1—2 „

При лобных предлежаниях:

перворожд. 32 часа

многоорожд. 22 „

При ягодичных предлежаниях:

перворожд. 24 часа
 многожд. 17 „

Употребительнейшие лекарства для внутреннего употребления.

Порошок спорыньи свежее приготовл. (Pulv. secal. cornut. rec. par.) 0,5—0,6 3—4 раза в течение 6—12 час. после родов (должен быть свежее приготовленным — recente paratum).

Ergotinum Bonjeani или extr. secal. cornut. 0,05—0,1 в виде 5—10% раствора под кожу 2—3 раза. Внутрь 0,1—0,2 1—2 раза в воде.

Pituitrin, или hyrophysin, или Pituglandol по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу для усиления маточных сокращений.

Cornutinum, лучше cornutinum citricum в водном растворе под кожу 0,003—0,005—0,01 1—2 раза.

Chininum muriatic. — 0,5—0,6 1—2 раза.

Morph. muriatic. — 0,01—0,015; не редко при эклампсиях 0,02 под кожу, слабее в форме свечей.

Rp. Morphii muriat. 0,01—0,015.

Butyr. sacao 1,3.

M. f. supposit.

Или внутрь в виде порошка с сахаром 0,01—0,015.

Tinct. opii 5—8—10 капель до 15 кап. в клизме 1—2 раза.

Хлорал-гидрат (chloral.-hydrat) преимущественно при эклампсии 2,0 в виде клизмы с молоком или per os, реже 1,0—1,5 до 2,5 на прием, повторяя 2—4 и даже более раз при эклампсии.

Обыкновенно берем:

Rp. Chloral-hydrat 10,0.

Mucilag. gummi arab. 20,0.

Aq. destill. 180,0.

Extr. fluid. viburni prunifol. по 20—25 кап. 3—4 раза в день (средство, успокаивающее матку).

В о з б у ж д а ю щ и е:

Серноокислый эфир (Aether sulfuric.) под кожу по 1,0 2—4 раза.

В той же дозе употребляется настойка мускуса (tinct. moschi). Coffein. patrio-salicyl. (кофеин натро-салициловый) или Coffein. natrobenzoicum (кофеин натро-бензойный) 0,2—0,3 2—3 раза в день per os или под кожу (0,2—0,3).

Oreghini tannicum (дубильнокисл. орексин) или oreghini basici (орексин основной) при рвоте у беременных по 0,3 3—4 раза в день за час перед едой.

СОДЕРЖАНИЕ.

	стр.
Предисловие к первому изданию	3
Предисловие к четвертому изданию	5

Акушерские задачи.

Сборник акушерских задач	9
------------------------------------	---

Избранные статьи по акушерству.

Есть ли ванна наилучший способ очищения тела рожениц	145
О метрейризе	155
Усовершенствованный профилактический метод лечения эклампсии и его результаты	167
Лечение эклампсии по предохранительному способу в берлинских клиниках	184
Теоретические основы предупреждающего метода лечения эклампсии	196
О пубитомии	205
О раннем вставании после родов	220
Акушерские средние нормальные величины	233