Сборникъ

работъ, посвященныхъ научно-клинической дѣятельности Профессора Николая Ивановича Побѣдинскаго.

(Съ рисунками въ текстѣ).

Типографія В. Зелинова и К°, Арбатъ, д. 19. Телеф. 1-11-40.
МОСКВА—1914.

akusher-lib.ru

Н. Подвидацкий

akushelib.ru

Сборникъ

работъ, посвященныхъ

научно-клинической дѣятельности

Профессора

Николая Ивановича

Побѣдинскаго.

(Съ рисунками въ текстѣ).

Типографія В. Зеликова и К°, Арбатъ, д. 19. Телеф. 1-11-40.
МОСКВА—1914.

akusher-lib.ru

БИБЛІОТЕКА
Николая Павловича
ЛОСКУТОВА
№

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Г. А. Соловьевъ.—Вмѣсто предисловія I

Г. Ф. Матвѣевъ.—Проф. Н. И. Побѣдинскій—біографическія свѣдѣнія III

Перечень трудовъ проф. Н. И. Побѣдинскаго . . . V

Перечень трудовъ, вышедшихъ изъ клиники за періодъ времени 1894—1914 VII

А. И. Балашовъ.—Случай липомы широкой связки въ комбинаціи съ фибромой яичника 1

М. А. Колосовъ.—Рахитическій тазъ 9

С. А. Селицкій.—Эклямпсія безъ судорогъ 25

К. А. Липскій.—Сравненіе профилактическаго поворота съ высокими щипцами и самопроизвольными родами при узкомъ тазѣ по матеріалу Московской Акушерской клиники за періодъ съ 1 января 1899 по 1 января 1912 года 83

С. В. Сазоновъ.—Къ статистикѣ родовъ при узкомъ тазѣ . . . 113

Н. Н. Гальманъ.—Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи на мертвой. 127

П. К. Унтиловъ.—Къ вопросу о дѣйствіи питуитрина на изолированную матку (предварительное сообщеніе). . 157

С. А. Блинниковъ.—О нѣкоторыхъ головныхъ уродствахъ . . 167

С. А. Селицкій.—Къ вопросу о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи въ связи съ вопросомъ о послѣдующихъ родахъ послѣ произведенной операціи 191

С. А. Селицкій.—Hysterotomia vaginalis anterior при искусственномъ и самопроизвольномъ прерываніи беременности 203

С. И. Арбековъ.—Случай острой желтой атрофіи печени при беременности 211

Н. А. Цовьяновъ.—Къ вопросу о выскабливаніи пуэрперальной матки 219

Н. А. Мальковскій. – Роды при uterus septus et vagina septa (Uterus duplex cum vagina duplice) 239

М. А. Колосовъ. — Смертельное кровотеченіе изъ печени при эклямпсіи 257

akushel.lib.ru

БИБЛІОТЕКА
Николая Ивановича
ЛОСКУТОВА
№

Вмѣсто предисловія.

Акушерская наука, старая, какъ сама жизнь человѣческая, болѣе полутораста лѣтъ имѣла научную колыбель въ старѣйшемъ московскомъ университетѣ. Дѣтскіе и юные годы ея отмѣчены уже мною на страницахъ исторіи. Къ 150-лѣтію акушерства въ Москвѣ въ 1904 году очеркъ пережитаго далъ картину роста нашей науки въ условіяхъ времени.

Подобно нашимъ западнымъ сосѣдямъ мы пережили длинный періодъ акушерства доантисептическій, закончившійся у насъ профессоромъ Кохомъ, затѣмъ—антисептическій, начавшійся съ профессора Макѣева въ 1874 году, и наконецъ теперь видимъ періодъ асептическій благодаря трудамъ профессора Побѣдинскаго, преемника профессора Макѣева по каѳедрѣ акушерства за послѣдніе годы.

Питомецъ Московскаго Университета, Николай Ивановичъ еще болѣе—питомецъ Московской акушерской клиники. Здѣсь онъ началъ свою службу и дѣятельность въ январѣ 1889 года ординаторомъ, по окончаніи трехлѣтія сталъ ассистентомъ, въ 1894 году онъ уже докторъ медицины, въ 1895 году приватъ-доцентъ и съ 1909 года профессоръ по акушерству.

Такая непрерывность труда Николая Ивановича въ теченіе четверти вѣка не могла, конечно, не отразиться при его служебномъ положеніи какъ на немъ самомъ, такъ и на дѣлѣ, которому онъ отдалъ лучшіе годы своей жизни. Онъ двигался по пути развитія, черпая опытъ изъ богатаго матеріала клиники, постоянно пополняя свои познанія современной литературой и личными наблюденіями заграницей въ лучшихъ клиникахъ. Такъ складывался онъ въ спеціалиста съ широкой опытностью, съ научнымъ взглядомъ на современное акушерство. Печатные труды его по важнымъ вопросамъ акушерства пріобрѣли почетную извѣстность и за предѣлами нашего отечества. Вліяніе личности Николая Ивановича не могло, конечно, не сказываться на всемъ окружающемъ. Создавалась вполнѣ

akusher-lib.ru

современная школа акушерства и это можно видѣть изъ работъ послѣднихъ лѣтъ изъ акушерской клиники.

Преподаваніе акушерства измѣнило свой характеръ: стало демонстрироваться многочисленными рисунками, препаратами, больными, операціями на живыхъ, семинаріями, введенными впервые (кажется на всемъ Медицинскомъ факультетѣ). Живую душу вложилъ Николай Ивановичъ въ преподаваніе живого предмета и нѣтъ ничего удивительнаго, что акушерская аудиторія его переполнена слушателями. Едва ли нужно добавлять, что надлежащая постановка акушерской науки имѣла не одно научное, но и общественное значеніе.

Съ 1895 года въ обиходъ операцій въ Московской акушерской клиникѣ вошли кесарскія сѣченія и чревосѣченія, которыя теперь мы считаемъ десятками. Честь почина введенія большихъ операцій всецѣло принадлежитъ въ этомъ для нашей клиники новомъ дѣлѣ Николаю Ивановичу.

Онъ ввелъ современное мытье рукъ, организовалъ надъ этимъ контроль, и многими другими полезными нововведеніями сообщилъ учрежденію хирургическую работоспособность согласно современнымъ научнымъ требованіямъ.

Настоящее изданіе статей его учениковъ въ честь его двадцатипятилѣтней клинической дѣятельности—посильное выраженіе уваженія къ трудамъ и успѣхамъ учителя въ общепринятой формѣ юбилейнаго сборника. Но кто можетъ собрать лучи свѣта, чтобы дать полное понятіе объ источникѣ свѣта!

Г. А. Соловьевъ.

akusher-lib.ru

Николай Ивановичъ Побѣдинскій, православнаго вѣроисповѣданія, сынъ священника, родился въ городѣ Москвѣ въ 1861-омъ году. Въ 1881 году онъ окончилъ Московскую первую гимназію и поступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Московскаго Университета, который окончилъ въ 1886-омъ году.

Въ теченіе года по окончаніи курса занимался въ качествѣ экстерна въ Старо-Екатерининской больницѣ, а съ осени слѣдующаго 1887-го года поступилъ въ акушерскую клинику Московскаго университета, въ январѣ 1889-го года былъ утвержденъ штатнымъ ординаторомъ и, по окончаніи трехлѣтней ординаторской службы, оставленъ сверхштатнымъ ассистентомъ при той же клиникѣ.

Въ 1891 году получилъ званіе акушера, какъ члена Врачебной Управы. Въ 1894 году послѣ сдачи докторантскихъ экзаменовъ защитилъ диссертацію на тему „Матеріалы къ ученію о предлежаніи дѣтскаго мѣста (placenta praevia) въ клиническомъ отношеніи", а съ слѣдующаго 1895 года началъ читать лекціи по оперативному акушерству въ качествѣ приватъ-доцента. Въ 1897 году медицинскимъ факультетомъ было поручено Николаю Ивановичу чтеніе обязательнаго курса по физіологіи акушерства для студентовъ VI-го семестра. Этотъ курсъ онъ продолжаетъ читать и до настоящаго времени. Кромѣ того съ этого же времени онъ велъ практическія занятія въ амбулаторіи Акушерской клиники и въ качествѣ ассистента клиники въ отсутствіе профессора производилъ наиболѣе отвѣтственныя операціи—чревосѣченія и кесарскія сѣченія.

Въ 1902 году былъ назначенъ совѣщательнымъ членомъ Московскаго Врачебнаго Правленія.

31 декабря 1908 года по избраніи въ факультетѣ и совѣтѣ И. М. У. утвержденъ сверхштатнымъ экстраординарнымъ профессоромъ по каѳедрѣ акушерства и женскихъ болѣзней съ клиниками, съ оставленіемъ въ должности совѣщательнаго члена Московскаго Врачебнаго Управленія.

akusher-lib.ru

Въ качествѣ сверхштатнаго профессора ведетъ и до настоящаго времени обязательный курсъ по акушерству для студентовъ VI, VII и VIII семестровъ.

2 января 1909 года по избраніи факультетомъ и совѣтомъ Московскихъ Высшихъ Женскихъ Курсовъ утвержденъ преподавателемъ по каѳедрѣ акушерства.

Николай Ивановичъ съ 1888 года состоитъ дѣйствительнымъ членомъ акушерско-гинекологическаго Общества въ Москвѣ и принималъ всегда самое живое участіе, какъ въ дѣлахъ Общества, такъ и неоднократно выступая съ докладами по интереснымъ разнообразнымъ вопросамъ акушерства.

Въ 1901—1902 академическомъ году былъ выбранъ товарищемъ предсѣдателя, въ слѣдующемъ 1902 — 1903 году занялъ предсѣдательское мѣсто, которое онъ съ честью несетъ по настоящее время, чередуя его періодически съ должностью товарища предсѣдателя.

Г. Ф. Матвѣевъ.

akusher-lib.ru

Списокъ печатныхъ трудовъ профессора Николая Ивановича Побѣдинскаго.

1. **О фарадизаціи послѣродовой матки** (Труды Акушер. Гинекол. Общ. 1888 г.).
2. **Myxoma chorii.** (Труды Акуш. Гинек. Общ. въ Москвѣ 1888 г.).
3. **Матеріалы къ ученію о предлежаніи дѣтскаго мѣста (placenta praivia) въ клиническомъ отношеніи.** Диссертація на степень доктора медицины 1894 г.
4. **Искусственное расширеніе маточнаго зѣва въ акушерской практикѣ.** (Труды Акуш. Гинек. Общ. 1895 г.).
5. **Случай эмбріотоміи.** (Тамъ-же 1895 г.)
6. а) **Кесарское сѣченіе по способу Porro съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка.** (Труды Акуш. Гинек. Общ. 1896 г.).
   б) **Ein Kaiserschnitt nach Porro mit glücklichem Erfolge fur Mutter und Kind.** (Centralblatt f. Gynäk. 1896 г.).
7. **Касарское сѣченіе по Porro при остеомаляціи съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка.** (Труды Акуш. Гинек. Общ. 1897 г.).
8. **Кесарское сѣченіе по Porro еще въ двухъ случаяхъ остеомаляціи.** (Приложеніе къ отчету Акушерской клиники за 1896—98 г.г.).
9. **Кесарское сѣченіе при коксалгическомъ тазѣ.** (Тамъ-же).
10. **О возбужденіи преждевременныхъ родовъ при помощи кольпейринтера и баллона Champetier de Ribes.** (Журн. Акуш. и жен. бол. 1897 г.).
11. **Къ вопросу о симфизитѣ.** (Труды Акуш. Гинек. Общ. 1897 г.).
12. а) **Къ лѣченію рака матки во время беременности и родовъ.** (Труды Акуш. Гинек. Общ. 1898 г.).
    б) **Sur le traitement du cancer col pendant la grossesse et l'accouchement, avec deux observations.** (Ann de Gynécologie et d'Obstétrique, 1897).
13. **Кесарское сѣченіе и удаленіе матки, пораженной ракомъ.** (Хирургія 1899 г.).
14. а) **Къ вопросу о лѣченіи беременности и родовъ, осложненныхъ фиброміомами матки.** (Журналъ Акуш. и Жен. бол. 1899 г.).

akuser-lib.ru

б) **Zur Frage über die Bechandlung der durch Myome des Uterus complicirten Schwangerschaft und Geburt.** (Monats. f. Geb. u. Gyn. 1900).

15. **Morbus maculosus Werlhofii,** какъ осложненіе беременности. (Приложеніе къ отчету Моск.-Акушерской клиники 1899—1901 г.г.).

16. **Внѣматочная беременность и чревосѣченіе при ней.** (Тамъ-же).

17. **Остеомаляція и ея лѣченіе.** (Докладъ на секціи акушерства на VIII Пироговскомъ съѣздѣ.

18. **Три случая кесарскаго сѣченія.** (Приложеніе къ отчету Акушерской клиники 1902—4 г.г.).

19. **Внѣматочная беременность.** (Тамъ-же)

20. **Къ терапіи при узкомъ тазѣ.** (Жур. Акуш. и Жен. бол. 1903 г.).

21. **Къ вопросу о разсѣченіи лонной кости.** (Русскій Врачъ 1906 г.).

22. **Краткій учебникъ Акушерства** съ предислов. заслуж. проф. А. М. Макѣева 1-е изд. 1905 г.

23. **Краткій учебникъ акушерства.** 2-е изд. исправленное и дополненное съ 103 рис. въ текстѣ. 1909 г.

24. **Къ ученію о родоразрѣшеніи при эклямпсіи.** (Жур. Акуш. и Жен. бол. 1909 г.).

25. **Кесарскія сѣченія.** За 1905—1908 г.г. (Приложеніе къ отчету Акушерской клиники 1910 г.).

26. **Чревосѣченія.** За 1905 - 1908 г.г. (Тамъ-же).

27. а) **Успѣхи кесарскаго сѣченія въ Россіи за послѣдніе 25 лѣтъ.** Рѣчь, произнесенная 30 сентября 1912 г. въ торжественномъ засѣданіи Москов. Акуш. Гинек. О-ва по случаю его 25-лѣтія.

    б) **Die Erfolge des Kaiserschnittes in Russland in den letzen 25 Jahren** Cent. f. gyn. 1913 № 21.

28. **Обзоръ способовъ лѣченія узкаго таза.** Докладъ, читанный на V съѣздѣ Рос. Акуш. и Гинек. въ 1913 г.

Перевелъ съ нѣмецкаго.

29. **Kehrer.** Учебникъ оперативнаго акушерства 1893 г.

30. **Crede u. Leopold.** Акушерское изслѣдованіе 1893 г.

Редактировалъ и написалъ предисловія къ русскимъ переводамъ слѣдующихъ книгъ:

31. **Krönig.** Значеніе функціональныхъ нервныхъ болѣзней для діагностики и терапіи въ гинекологіи.

32. **Zangemeister.** Бактеріологическое изслѣдованіе въ примѣненіи къ діагностикѣ и прогностикѣ родильной горячки. Москва 1911 г.

33. **Winckel.** Общая гинекологія. Переводъ д-ра Н. А. Мусатова 1911 г.

34. **Simon.** Гигіена женщины. Переводъ д-ра мед. Маріи Кобылинской.

akusher-lib.ru

35. **Barbour Simpson, Edward Burnet.** Стереоскопическій акушерскій атласъ. Москва 1912 г.

36. **Dv. Meyer.** Отъ дѣвочки къ женщинѣ. Перев. д-ра I. Я. Ляховскаго и М. Я. Гольденвейзеръ. Москва 1913 г.

37. **Rudaux et Cartier.** Совѣты и рецепты по акушерской терапіи. Переводъ съ французскаго. Москва. 1913.

Списокъ работъ, вышедшихъ изъ Московской Акушерской клиники за періодъ времени 1894—1914*).

1) **С. И. Арбековъ.** 1) О самопроизвольномъ разрывѣ пуповины при срочныхъ родахъ.
Труды Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ за 1911 г. т. XXV.
2) Случай острой желтой атрофіи печени при беременности.
Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш. Гинекол. О-ва въ Москвѣ 20 III 1913.

2) **А. И. Балашовъ.** 1) Стенозы влагалища въ акушерской практикѣ и пособія при нихъ.
Ж. А. и Ж. Б. Январь 1904 г.
2) Случай foetus papyracei.
Ж. А и Ж. Б. Декабрь 1904 г.
3) Случай несостоявшихся родовъ (Missed labour).
Русскій Врачъ № 37, 1907 г.
4) Къ казуистикѣ операцій по способу Напалкова при большомъ выпаденіи прямой кишки.
Хирургія № 148. 1909 г.
5) Случай липомы широкой связки и комбинаціи съ фибромой яичника.

3) **В. О. Богодуровъ.** 1) Къ вопросу о примѣненіи пивныхъ дрожжей при септическихъ заболѣваніяхъ.
Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ. 13/XII. 1906 г.
2) Къ вопросу о гемолитическихъ стрептококкахъ у беременныхъ и родильницъ.
Диссертація. Москва 1912 г.

4) **Н. В. Бѣлоусовъ.** 1) Къ вопросу colporrhexis'a во время родовъ.
Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ 3/II. 1910 г.

5) **Н. Н. Гальманъ.** 1) Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи на мертвой.
Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ 20/II 1913 г.

---

*) Составленъ д-ромъ С. А. Селицкимъ.

akusher-lib.ru

5) **Н. Н. Гальманъ.** 2) Къ вопросу о вліяніи дифтерійнаго токсина на отдѣленіе и составъ желчи Медиц. Обозр 1911. № 18.

6) **А. Р. Григоровичъ.** 1) Случай новообразованія vulvae (fibrosarcoma). Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ 16/II. 1905 г.

2) Случай Vagitus uterinus. Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш. Гинекол. О-ва въ Москвѣ. 26/XI. 1908 г.

7) **М. А. Колосовъ.** 1) Къ вопросу объ оваріотоміи во время беременности. Труды Московскаго Ак.-Гинек. Общ. 1907 г. т. XXI.

2) Современное ученіе объ имплантаціи человѣческаго яйца. ibid.

3) О приращеніи послѣда при срочныхъ родахъ. Труды II-го съѣзда Общ. Росс. Акушеровъ и Гинекологовъ. М. 1908.

4) Случай почти доношенной внѣматочной беременности живымъ ребенкомъ. Медиц. Обозрѣніе 1909. № 10

5) Къ вопросу о приращеніи послѣда. Диссертація М. 1909.

6) Родовспоможеніе въ Московскомъ Земствѣ. Русскій Врачъ 1910. стр. 1213.

7) Родовспоможеніе въ Московской губерніи. Труды Моск. Ак.-Гин. Общ. за 1910 г. Т. XXIV ч. II-ая.

8) О спеціализаціи земской медицины въ Московской губерніи. „Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и сан.-врач орг. Моск. губ. за 1911 г. № 5.

9) Graviditas extraamnialis. Труды Моск. Ак.-Гинек. Общ. за 1911 г.

10) Несторъ Максимовичъ Максимовичъ-Амбодикъ. Журналъ Акуш. и женск. болѣзней сент. 1912 г.

11) Городское родовспоможеніе въ Петербургѣ и Москвѣ въ 1910 году. Русскій Врачъ 1912. № 41.

12) Жизнь человѣка до рожденія. М. 1913.

13) Павелъ Захаровичъ Кондоиди. (1710—1760) Докладъ, читанный въ годичномъ засѣданіи Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ. 2 X 1913.

14) Смертельное кровотеченіе изъ печени при эклямпсіи. Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ. 11/XII 1913.

15) Рахитическій тазъ.

16) Рожденіе человѣка. Москва 1914.

akusher-lib.ru

7) **М. А. Колосовъ.** 17) Глотаніе внутриутробнаго плода.
Докладъ, читанный въ акушерско-гинекологическомъ О-вѣ въ 1913 году.

8) **В. Г. Котельниковъ.** 1) Случай 34-дневнаго задержанія послѣда въ полости матки послѣ выкидыша.
Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш. Гинекол. О-ва въ Москвѣ. 16 XII. 1909 г.

9) **В. В. Кочевицкій.** 1) О метрейризѣ (на основаніи 205 случаевъ).
Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш.-Гинек. О-ва въ Москвѣ. 25/II. 1904. Ж. А. и Ж. Б.

10) **К. А. Липскій.** 1) О рѣдкой аномаліи вставленія головки плода при затылочныхъ предлежаніяхъ.
Труды Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ. 1911. Ж. А. и Ж. Б. 1911 г.
2) Сравненіе профилактическаго поворота съ высокими щипцами и самопроизвольными родами при узкомъ тазѣ по матеріалу Московской Акушерской клиники. За періодъ времени съ 1 января 1899 г. по 1 января 1912 года.
Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш.-Гинек. О-ва въ Москвѣ 7/XI. 1912.
3) Рефераты въ Медицинскій Ежегодникъ 1911 и 1912 годъ.

11) **Н. А. Мальковскій.** 1) Роды при uterus septus et vagina septa (Uterus duplex cum vagina duplice)

12) **А. И. Пяткинъ.** 1) Случай родовъ при заболѣваніи скорбутомъ.
Докладъ въ засѣданіи Акуш.-Гинек. О-ва въ Москвѣ. 25/IV 1900.
2) Примѣненіе іодъ-кэтгута для лигатуръ и швовъ.
Докладъ въ засѣданіи Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ. 17/XI 1904.

13) **А. Э. Рейтлингеръ.** 1) Демонстрація препаратовъ 1) кровообращенія младенца, 2) положеніе плода въ плодномъ яйцѣ и 3) половыхъ органовъ новорожденной дѣвочки.
Засѣданіе Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ 29/X. 1908 (Препараты хранятся въ музеѣ Москов. Акуш. клиники).
2) Новый способъ приготовленія коррозіонныхъ препаратовъ.
Отчетъ Московской Акушерской клиники за 1905—1908 года.
3) Mola haematomatosa Breus'a et hydatitosa.
Труды Акуш. Гинек. О-ва. т. XXIV 1910.

akushlib.ru

13) **А. Э. Рейтлингеръ.** 4) О терапіи послѣродовыхъ заболѣваній. Докладъ, читанный на клинической конференціи въ маѣ 1911 года (не напечатанъ).

14) **С. В. Сазоновъ.** 1) Докладъ въ Ак. Гин О-вѣ—Къ вопросу объ обвитіи пуповины (113 случ.) 30/IV 1903.

2) „ „ „ „ „ 2 случая мезентеріальныхъ кистъ 15/II 1906.

3) „ „ „ „ „ Случай узуры матки во время родовъ съ кровотеченіемъ въ брюшную полость 26/IV 1908.

4) „ „ „ „ „ Къ статистикѣ родовъ при узкомъ тазѣ 15 IV 1909.

5) „ „ „ „ „ Къ вопросу о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи 10/III 1910.

6) „ „ „ „ „ Къ вопросу о высокихъ щипцахъ 15/XII 1910.

7) „ „ „ „ „ Историческій обзоръ дѣятельности Ак. Гин. О-ва при И. М. У. за истекшее 25-лѣтіе (1887--1912) 30/IX 1912 г.

8) „ „ „ „ „ Къ статистикѣ родовъ при узкомъ тазѣ—12/XII 1912 года.

9) Къ вопросу о современной терапіи при узкомъ тазѣ—статистика городского родильнаго дома С. В. Лепехина въ Москвѣ. (Работа удостоена преміи д-ра В. А. Якубовскаго имени А. Г. Воскресенской, урожд. Крестовниковой.

10) Рефераты въ журн. Медицинское Обозрѣніе.

15) **С. А. Селицкій.** 1) Влагалищное кесарское сѣченіе при эклямпсіи (264 случая).
Журналъ Акуш. и Жен. бол. 1912 № 2.
Труды Акуш.-Гинекол. О-ва въ Москвѣ за 1911.

2) Sectio caesarea vaginalis bei Eklampsie (590 Fälle) Moskau 1912.

3) Серотерапія при эклямпсіи.
Докладъ, читанный на клинической конференціи 14/I 1912 (не напечатанъ).

4) Эклямпсія безъ судорогъ.
(Работа удостоена преміи В. А. Якубовскаго имени А. Г. Воскресенской урожд. Крестовниковой).

akusher-lib.ru

15) **С. А. Селицкій.** 5) Къ вопросу о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи въ связи съ вопросомъ о послѣдующихъ родахъ послѣ произведенной операціи.

6) Hysterotomia vaginalis anterior при искусственномъ и самопроизвольномъ прерываніи беременности.

7) Лучи Рентгена въ акушерствѣ.
Докладъ, читанный въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго О-ва въ Москвѣ 13/XI. 1913.

8) Клиническія наблюденія надъ дѣйствіемъ препаратовъ шишковидной железы въ акушерской практикѣ.
Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш.-Гинекол. О-ва въ Москвѣ 11/XII. 1913.

9) Роды послѣ операціи по поводу anus vulvaris.

10) Теченіе эклямпсіи за послѣдніе пять лѣтъ (1909 — 1913) по даннымъ Московской Акушерской Клиники (Клиническій обзоръ 32 случаевъ появится въ печати въ ближайшемъ будущемъ.

11) Рефераты въ Медицинскій Ежегодникъ 1912 г.

16) **П. К. Унтиловъ.** 1) Уходъ за пупкомъ у новорожденныхъ.
Докладъ въ Акушерской секціи VIII Пироговскаго съѣзда въ Москвѣ 7/I. 1902.

2) Случай тератомы крестцовой области у ребенка, послужившей препятствіемъ для родовъ.
Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш.-Гинек. О-ва въ Москвѣ 11/III. 1909 г.

3) Къ вопросу о дѣйствіи питуитрина на изолированную матку (предварительное сообщеніе).

4) Редактировалъ труды VIII и XI Пироговскаго съѣзда по секціи акушерства.

5) Редактировалъ труды II съѣзда Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ.

17) **Н. А. Цовьяновъ.** 1) Два рѣдкихъ случая узкаго таза.
Труды Акуш.-Гинекол. О-ва въ Москвѣ за 1911 годъ т. XXV.

2) Къ вопросу о выскабливаніи пуэрперальной матки.

akushek-lib.ru

Случай липомы широкой связки въ комбинаціи съ фибромой яичника.

Бывшаго ординатора Московской Акушерской Клиники
А. И. Балашова.

(Изъ Спасской Тамбовской Губ. Городской Земской Больницы).

Въ соотвѣтствующихъ отдѣлахъ руководствъ по женскимъ болѣзнямъ имѣются вполнѣ разработанныя главы по вопросу о жировикахъ широкой связки и фибромахъ яичника, такъ что описываемый мной случай, по мѣсту нахожденія опухоли не представляется чѣмъ либо неожиданнымъ, тѣмъ не менѣе въ клиническомъ и казуистическомъ отношеніи онъ долженъ представлять большой практическій интересъ, какъ по рѣдкостной величинѣ удаленной опухоли, ея вѣсу (1 пудъ 27 фунтовъ), такъ и по ея составу.

Клинически случай представляется въ слѣдующемъ видѣ: 15 мая 1912 года въ завѣдываемую мною Спасскую Городскую Земскую Больницу поступила кр. с. Устья, той же волости, Александра Казаринова, 52 лѣтъ, съ жалобой на большую опухоль въ животѣ и быстрое ея увеличеніе за послѣднее время, а также на прогрессирующую слабость, исхуданіе и одышку.—Замужъ вышла 18 лѣтъ, съ каковаго времени у нея начали приходить menstrua. Послѣднія приходили правильно черезъ 2 недѣли и продолжались по 8 дней. Родила за все время замужества 9 человѣкъ дѣтей и имѣла 5 выкидышей: первый выкидышъ послѣ вторыхъ родовъ, второй—послѣ третьихъ, третій и четвертый—послѣ четвертыхъ и пятый—послѣ восьмыхъ. Послѣдніе роды были 13 лѣтъ тому назадъ. Роды были правильными и дѣти родились живыми и доношенными. 10 лѣтъ тому назадъ регулы прекратились (на 43 году)

и послѣ этого она вскорѣ замѣтила справа внизу живота плотную опухоль величиною, по ея словамъ, съ огурецъ. Опухоль была подвижна и годъ отъ года, хотя и медленно, увеличивалась Къ концу послѣдняго года, особенно съ марта текущаго, опухоль стала быстро прибавляться въ величину, ноги и низъ живота отекли и появилась одышка.

Больная высокаго роста и оч. крѣпкаго крупнаго сложенія. Лицо и верхняя половина тѣла исхудалыя, кожа морщинистая и блѣдная. Животъ огромныхъ размѣровъ: 128 снт. въ окружности на ур. пупка, свѣшивается черезъ края таза, какъ у беременной. Кожа внизу живота слегка отечна, нижнія конечности, въ особенности правая нога, сильно отекли. При изслѣдованіи живота въ немъ ясно замѣтна флюктуація и опухоль—мягкая, гладкая и круглая, занимающая весь животъ. При выстукиваніи живота—тупой звукъ почти до мечевиднаго отростка, гдѣ звукъ тимпаническій, да еще тимпаническій оттѣнокъ имѣется слѣва и сбоку живота въ люмбальной области. Матку черезъ влагалище прощупать не удается и о состояніи ея и яичниковъ нельзя составить никакого представленія: всѣ своды выполнены мягкой и какъ-бы флюктуирующей опухолью. Сердце и легкія нормальны. Въ мочѣ нѣтъ ни бѣлка, ни сахара.

На основаніи данныхъ анамнеза и изслѣдованія мною былъ поставленъ діагнозъ—cystoma ovarii dextri – и была назначена оваріотомія.

Операція 18 мая подъ хлороформнымъ наркозомъ.

Ассистентами были: д-ръ А. В. Стахѣевъ, фельдшера: К. Ф. Самаринъ, А. С. Фроловъ и фельдшерица Д. С. Іоффе.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ около 40 снт. длиной. Кожа и подкожная клѣтчатка отечны. По вскрытіи брюшины вся полость живота оказалась выполненой оч. мягкой, золотисто-желтой опухолью, покрытой гладкой брюшиной. Асцитической жидкости не было. Консистенція опухоли была настолько мягкой, что у меня явилось подозрѣніе, нѣтъ ли въ глубинѣ опухоли кисты. Однако пробный глубокій проколъ и надрѣзъ обнаружилъ только жировую ткань.

Корень опухоли восходилъ оч. высоко вверхъ, углубляясь подъ брыжжейку кишекъ, оттѣснивъ и прижавъ кишечникъ и другіе органы къ грудобрюшной преградѣ, причемъ по бокамъ корень опухоли доходитъ до почекъ. Въ нижней части

опухоли въ лѣвой сторонѣ таза оказалась маленькая, совершенно слившаяся съ опухолью матка, съ нормальнымъ свободнымъ яичникомъ, совершенно терявшимся среди большихъ ввидѣ лопастей жировиковъ, придаточныхъ къ главной массѣ опухоли.

Правый яичникъ и труба казались совершенно поглощенными опухолью, терялись въ ней и только по ходу сильно развитого пучка толстыхъ венозныхъ сосудовъ видно было направленіе, въ которомъ расположились труба и яичникъ. Для удобства я хотѣлъ было начать вылущеніе опухоли сверху, но этого сдѣлать не удалось вслѣдствіе плотнаго спаянія брюшины съ жировой тканью близь восходящей ободочной кишки и у корня брыжжейки тонкихъ. Пришлось начать вылущеніе снизу, что и удалось безъ большого труда, послѣ перевязки питающаго пучка сосудовъ и разсѣченія широкой связки у самой стѣнки матки. Далѣе вылущеніе пошло гладко, но больной пришлось влить около 500 к. с. солевого раствора подъ кожу ввиду ослабленія дѣятельности сердца и дыханія. Отъ этого временнаго ослабленія больная оправилась быстро. Удаленная опухоль поражала своей величиной и сочностью. Послѣ вылущенія ея всѣ сосуды нижняго отдѣла живота и таза особенно справа, мочеточникъ и мышцы правой половины таза и выше оказались обнаженными. Послѣ покрытія этой поверхности отсепарованной брюшиной, кишки оказались свободно висящими, а подъ ними образовалась большая пустая яма таза. Стѣнки нисходящей и вообще всей ободочной кишки поражали мощнымъ развитіемъ мускулатуры. Животъ былъ зашитъ наглухо, брюшины и апоневрозъ шелкомъ, кожа кнопками Michel'я. Послѣопераціонное теченіе гладкое. Отеки стѣнокъ живота и лѣвой ноги опали черезъ день, а правая оставалась отечной еще долгое время. Кнопки сняты на 8-й день. Prima intentio. На 10 й день больная встала съ постели и начала ходить, но первые дни съ трудомъ—вслѣдствіе того, что на правой ногѣ упорно держался значительный отекъ. Этотъ отекъ исчезъ только ко времени выписки изъ больницы—30 мая.

Въ началѣ іюля я снова видѣлъ оперированную. Она жаловалась на нѣкоторое разстройство кишечной дѣятельности, а именно—на часто бывающіе поносы и сильное бурчанье въ кишечникѣ. По прошествіи, однакожъ двухъ-трехъ недѣль

послѣ этого осмотра, всѣ кишечныя разстройства исчезли и она стала работать со своей семьей въ полѣ и на гумнѣ.

Жировыя опухоли, исходящія изъ широкой связки малаго таза, почему то описываются какъ опухоли маточной трубы. Такъ, напр., они обозначены какъ „Жировики Фаллопіевой трубы“ (Lipoma tubae) у проф. К. Славянскаго *), хотя изъ самаго этого отдѣла у пр. Славянскаго видно, что ризвитіе жировиковъ, собственно говоря, не присуще Фаллопіевой трубѣ и они встрѣчаются на ней только, заходя изъ широкой маточной связки *). Эти соображенія и заставляютъ меня свой случай обозначить, какъ опухоль „широкой связки“, тѣсно слившуюся, благодаря величинѣ въ одно связное цѣлое съ трубой и опухолью яичника своей стороны. Жировики этой области могутъ достигать значительной величины и въ указанномъ выше руководствѣ отмѣченъ случай Pernice-Mittelschulte **), въ которомъ липома широкой связки и mesosalpynginium'a у одной старухи достигла вѣса болѣе 15 кило, т. е. 37,5-38 фунт., а у пр. К. Шредера ***), въ числѣ другихъ указанныхъ случаевъ отмѣченъ еще большій вѣсъ опухоли, а именно въ 55 фунтовъ, въ случаѣ Cooper Forster'a ****).

Опухоль, удаленная мною, представляла огромную по объему жировую массу съ придаточными на ножкахъ лопастями, покрытую брюшиной. По отношенію къ указаннымъ выше случаямъ она побила рекордъ въ вѣсѣ: она вѣсила 1 пудъ 27 фунтовъ (67 фунтовъ). (На представляемой фотографіи № 1 опухоль значительно меньше въ объемѣ, чѣмъ была тотчасъ послѣ удаленія, такъ какъ она снята послѣ мѣсячнаго уплотненія въ формалиновымъ растворѣ). Большая часть опухоли была покрыта брюшиной. Консистенція ея была оч. мягкой и вся опухоль казалась однородной. При болѣе тщательномъ обслѣдованіи одна изъ частей ея величиною съ голову взрослаго человѣка оказалась плотнѣе остальной массы. Въ это время опухоль не была разсѣчена и болѣе подробное ея обслѣдованіе было отложено до другого времени. Опухоль послѣ

---

*) Част. Патол. и тер. женск. бол. Т. II.—1897 г. стр. 109.

**) Jbid.

***) A. Martin, die Krankheiten der Eileiter. Leipzig 1895 г. стр. 293.

****) Болѣзни женск. полов. органовъ. Изд. Практ. Мед. 1897 г. стр. 466.

*****) Pathol. Transact. Vol. 19.

изсѣченія была опущена въ кадку и залита для консервированія растворомъ слѣдующаго состава:

Рис. 1.

Formalini 10%—10 kilo.
Kalii acetici 300,0
Kal. chloric. 50,0.

Только спустя мѣсяцъ, какъ уже выше сказано, опухоль удалось сфотографировать. Къ этому времени она сильно уплотнилась и объемъ ея уменьшился раза въ $1^1/_2$. По разсѣченіи опухоли оказалось, что она въ огромной своей массѣ состоитъ

изъ сплошной жировой ткани, раздѣленной прегородками на отдѣльные различные по величинѣ участки и только ея болѣе плотная отмѣченная ранѣе шарообразная (или слегка овальная) часть построена изъ другого матеріала. Эта часть (см. рис. 2) представляется ввидѣ плотной, толстой (пальца въ $2^1/_2$) бѣлаго, какъ вареное рыбье мясо, цвѣта соединительно-тканной капсулы, заключающей въ центрѣ ядро величиною въ 2 кулака губчатаго строенія. Ядро это болѣе темнаго, чѣмъ капсула, цвѣта, лежитъ строго въ центрѣ и сплошь почти пронизано разной величины ячейками, наполненными коллоидною жидкостью. Словомъ, какъ представляется макроскопически, эта часть опухоли есть не что иное, какъ фиброматозно измѣненный яичникъ съ расширенными и заключенными въ соединительную ткань Граафовыми пузырьками.

Такимъ образомъ, предъ нами случай комбинаціи двухъ опухолей: фибромы яичника и жировика широкой связки.

Рис. 2.

Фиброма яичника—явленіе хотя и рѣдко встрѣчаемое, тѣмъ не менѣе тоже строго установленное и распространяться о немъ нѣтъ особой нужды. Нужно только отмѣтить, что центральная локализація яичниковой ткани въ толстомъ слоѣ соединительной, какъ это видно на фот. 2, явленіе оч. интересное и, конечно, рѣдкое.

Интересно теперь заднимъ числомъ разобраться въ нѣкоторыхъ данныхъ анамнеза для уясненія себѣ картины развитія

болѣзни.—Анамнезъ отмѣчаетъ сначала появленіе подвижной опухоли величиною съ огурецъ въ правой половинѣ полости таза. Эта опухоль, судя по замѣченной самой больной плотности, и была, конечно, найденной впослѣдствіи фибромой яичника; росла она медленно. Возрастъ больной (42 года) какъ разъ соотвѣтствовалъ тому возрасту, при которомъ обычно и начинается развитіе фибромъ и фиброміомъ яичника, а медленность ея роста какъ разъ тоже соотвѣтствовала характеру роста фибромъ. Все это заднимъ числомъ рѣшить не представляетъ труда. Но время появленія жировика опредѣлить даже заднимъ числомъ невозможно. Сама больная даетъ неопредѣленныя показанія и не отмѣчаетъ никакого толчка и рѣзкаго момента въ развитіи опухоли и въ общемъ состояніи здоровья, кромѣ нѣкоторыхъ тягостныхъ явленій въ послѣдніе мѣсяцы болѣзни. Эти явленія, конечно, уже вторичныя и зависятъ отъ ослабленія общаго питанія организма, отъ кахексіи, развившейся вслѣдствіе того, что опухолью отнималось отъ организма огромное количество питательнаго матеріала и ослаблялась дѣятельность сердца.

Видимо жировая опухоль росла постепенно и толчкомъ къ ея развитію, надо думать, послужило, съ одной стороны, механическое раздраженіе межлистковой ткани широкой связки плотной опухолью яичника, а съ другой, измѣненіе условій питанія этой области подъ вліяніемъ роста фибромы.—Проф. Славянскій указываетъ, что при большихъ фиброзныхъ опухоляхъ яичника между ними и окружающими частями развиваются большей или меньшей величины сращенія, иногда оч. богатыя сосудами*). Сращенія эти несомнѣнно указываютъ на возможность раздраженія и усиленнаго прилива крови къ раздражаемому механически мѣсту. Такъ, думается, дѣло обстояло и здѣсь, и наличность постепенно растущаго фиброида была тѣмъ импульсомъ, который вызывалъ усиленный ростъ жировой ткани.

Къ времени обращенія къ врачу за 10-лѣтній періодъ роста опухоль достигла такой величины, что дифференціальный діагнозъ ея представлялся дѣломъ невозможнымъ. Говоря про возможность смѣшенія большой жировой опухоли съ кистомой яичника, проф. Шредеръ даетъ такой отзывъ о дифференціальномъ діагнозѣ: если такія опухоли (какъ отмѣченная имъ въ случаѣ Cooper Forster'a), исходятъ изъ малаго таза, то вполнѣ точный дифференціальный діагнозъ невозможенъ**). Такъ именно

*) Пр. Славянскій Част. Пат. и тер. жен. бол. Часть II, стр. 350.

**) К. Шредеръ. Бол. женск. пол. орг. Изд. Практ. мед. 1897 г. стр. 466.

akushersko.ru

дѣло обстояло и въ моемъ случаѣ, гдѣ ошибка въ діагнозѣ была допущена по вполнѣ законнымъ и понятнымъ причинамъ.

Если принять во вниманіе ту отчетливую и даже видимую глазомъ флюктуацію, которая наблюдалась въ моемъ случаѣ, даже по вскрытіи брюшины и вылущеніи опухоли, то ошибка станетъ вполнѣ понятной.

Оканчивая настоящую статью, я не могу не воспользоваться случаемъ посвятить нѣколько сердечныхъ словъ, какъ тому лицу, въ честь котораго издается этотъ сборникъ, такъ и тому дорогому для меня по воспоминаніямъ учрежденію, въ которомъ протекаетъ его дѣятельность и съ которымъ связаны первые шаги и моей врачебной карьеры. Я имѣю ввиду Московскую Акушерскую Клинику. Будучи теперь оторванъ отъ спеціально акушерскаго дѣла и работая въ качествѣ хирурга вообще, я тѣмъ не менѣе до сихъ поръ еще испытываю на себѣ властное вліяніе той закваски, которую заложила въ меня Московская Акушерская Клиника, и среди разнообразныхъ хирургическихъ предпріятій—резекцій, ампутацій, трепанацій, чревосѣченій et cet,—акушерскій и гинекологическій матеріалъ всего интереснѣе и всего ближе моему сердцу.

Вотъ почему, отдавая должную дань громадной работоспособности, большой эрудиціи, солидному общественному и научному положенію глубокоуважаемаго Николая Ивановича, я невольно вмѣстѣ съ симпатіями къ нему, какъ ученому и человѣку, несу мои симпатіи и привѣтъ и той семьѣ почтенныхъ и недюжинныхъ постоянныхъ его сотрудниковъ, среди которыхъ сложилась и протекаетъ дѣятельность его, какъ „перваго между равными“.

---

akusher-lib.ru

Рахитическій тазъ *).

М. А. Колосова.

Вскорѣ послѣ того, какъ Deventer въ началѣ XVIII вѣка положилъ начало изученію тазовыхъ суженій, Pierre Dionis впервые указалъ, что огромную роль въ образованіи узкихъ тазовъ играетъ перенесенный въ дѣтствѣ рахитъ. Эта мысль, тогда же поддержанная Puzos, показалась столь естественной и такъ просто объясняла суженія таза, что ученіе о рахитическомъ происхожденіи чуть ли не всѣхъ узкихъ тазовъ стало общепринятымъ. Однако, въ дальнѣйшемъ болѣе подробное изученіе узкихъ тазовъ и ихъ происхожденія показало, что суженіе таза можетъ зависѣть отъ различныхъ заболѣваній костной системы. На сцену выступило ученіе Stein'а младшаго, по которому каждое заболѣваніе костнаго скелета ведетъ къ совершенно своеобразному, характерному для даннаго заболѣванія измѣненію формы таза. Въ частности рахитъ, по ученію Stein'а, всегда ведетъ къ суженію въ прямыхъ размѣрахъ, т. е. къ образованію, такъ называемыхъ, плоскихъ тазовъ. Иными словами, по Stein'у „рахитическій тазъ" и „плоскій тазъ" являются какъ-бы синонимами.

Naegele, описавшій въ 1834 году извѣстный тазъ съ характерными для остеомаляціи измѣненіями его вида и доказавшій, что измѣненія этого таза вызваны вовсе не остеомаляціей а рахитомъ, поколебалъ ученіе Stein'а въ самой его основѣ. Факты, накопившіеся съ того времени, окончательно установили, что, во-первыхъ, измѣненія таза, кромѣ основного заболѣванія зависятъ и отъ ряда другихъ условій, во-вторыхъ, что одинаковыя измѣненія формы таза могутъ зависѣть отъ совершенно различныхъ заболѣваній скелета. По

*) Настоящая статья, въ сокращенномъ видѣ, послужила предметомъ пробной лекціи, прочитанной мною передъ Медицинскимъ Факультетомъ Московскаго Университета. Отдаю ее въ сборникъ, посвящаемый глубокоуважаемому Николаю Ивановичу Побѣдинскому, съ тѣмъ большимъ удовольствіемъ, что самая тема лекціи была предложена мнѣ Медицинскимъ Факультетомъ по выбору Николая Ивановича.

akushersk.ru

отношенію къ рахиту неоспоримо доказано, что онъ можетъ вести къ образованію любой формы узкаго таза; по отношенію къ плоскимъ тазамъ, что далеко не всѣ они, а лишь меньшая ихъ часть стоитъ въ причинной зависимости отъ рахита.

Однако, въ силу традиціи, и до нашего времени подъ сокращеннымъ терминомъ „рахитическій тазъ“ tacitu consensu принято понимать исключительно плоскорахитическіе тазы. Такое пониманіе имѣетъ свое основаніе не только въ литературной преемственности, но и въ томъ, что, дѣйствительно, въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ рахитъ ведетъ къ образованію своеобразной формы уплощенія таза, и эта, именно, форма представляетъ особенно большой, какъ теоретическій такъ и практическій интересъ.

Послѣ этой оговорки станетъ естественнымъ, что и мы дальнѣйшее изложеніе посвятимъ, именно, плоскорахитическому тазу, но сокращенно будемъ называть его рахитическимъ.

Что же такое рахитическій тазъ въ этомъ смыслѣ и чѣмъ онъ отличается отъ простого плоскаго—не рахитическаго—таза? Разница между этими типами тазовъ очень велика и въ типичныхъ случаяхъ рѣзко бросается въ глаза. Простой плоскій тазъ, какъ извѣстно, характеризуется тѣмъ, что въ немъ уменьшены всѣ прямые размѣры, т. е. и conjugata vera, и прямой размѣръ полости, и прямой размѣръ выхода, иными словами, крестецъ весь цѣликомъ, какъ бы вдвинутъ въ полость малаго таза и приближенъ къ лонному сочлененію. При этомъ, однако, ни самый крестецъ, ни остальныя кости таза не измѣняютъ ни своей формы, ни своего строенія. Если прибавить къ этому, что суженіе въ простыхъ плоскихъ тазахъ рѣдко достигаетъ большой степени, то мы почти вполнѣ исчерпаемъ ихъ характеристику. Въ противоположность этому, въ рахитическихъ плоскихъ тазахъ суженіе прямого размѣра выражено, главнымъ образомъ, а часто исключительно только во входѣ въ тазъ. Прямые же размѣры полости и выхода не только не уменьшены, а подчасъ увеличены по сравненію съ нормой. Если же эти размѣры и укорочены, то, во всякомъ случаѣ, это укороченіе *относительно* гораздо меньше, чѣмъ во входѣ.

Происходитъ это оттого, что въ рахитическомъ тазу не весь крестецъ подается впередъ, какъ въ простомъ плоскомъ,

а только верхняя его часть, причемъ иногда увлекаются впередъ и нижніе поясничные позвонки, такъ что получается пояснично-крестцовый лордозъ. Крестецъ въ рахитическомъ тазу какъ бы повернутъ вокругъ поперечной оси; его положеніе у стоящей женщины приближается къ горизонтальной плоскости и въ очень рѣдкихъ случаяхъ почти совпадаетъ съ ней. Кромѣ положенія крестца въ тазовомъ кольцѣ рѣзко измѣнена и самая его форма. Крестецъ замѣтно укороченъ въ длину, вслѣдствіе пониженія отдѣльныхъ его составляющихъ позвонковъ, зато въ ширину укороченъ только немного и вслѣдствіе этого онъ кажется болѣе широкимъ, чѣмъ въ нормѣ. Нормальная вогнутость крестца сглажена, какъ въ поперечномъ, такъ и въ продольномъ направленіи. Въ иныхъ случаяхъ рахитическій крестецъ какъ бы сохраняетъ свою вогнутость въ продольномъ направленіи, но при внимательномъ изслѣдоввніи оказывается, что данный крестецъ не вогнутъ, а согнутъ, т. е. внутренняя его поверхность представляетъ не дугу, а открытый кпереди уголъ.

Крестцовые позвонки не только ниже, чѣмъ въ нормѣ, они уменьшены и спереди назадъ, поэтому крестецъ представляется тонкимъ и спинномозговой его каналъ уже нормальнаго. Во многихъ рахитическихъ тазахъ копчикъ вмѣстѣ съ нижнимъ крестцовымъ позвонкомъ загнуты кпереди ввидѣ крючка.

Резюмируя, можно охарактеризовать рахитическій крестецъ такъ: онъ уплощенъ, укороченъ, утонченъ и какъ бы уширенъ.

Измѣненъ въ рахитическомъ тазу не одинъ крестецъ, измѣнены въ немъ и безымянныя кости. Подвздошныя ямы отклонены кнаружи, уплощены и какъ бы отдавлены книзу. Вслѣдствіе этого гребешки подвздошныхъ костей теряютъ свою нормальную вогнутость и въ рахитическомъ тазу разстояніе между передневерхними остями оказывается равнымъ разстоянію между гребешками. Этотъ признакъ весьма характеренъ для рахитическаго таза и имѣетъ большое значеніе въ практикѣ, такъ какъ оба указанныя разстоянія доступны точному измѣренію на живой женщинѣ.

Такъ же, какъ и подвздошныя ямы, кнаружи отклоняются и сѣдалищные бугры. Вслѣдствіе этого лобковая дуга представляется болѣе широкой и поперечный размѣръ выхода особенно сильно удлиненнымъ.

akusher-lib.ru

Вслѣдствіе этихъ измѣненій безымянныя кости оказываются ниже, чѣмъ въ нормѣ, почему и весь рахитическій тазъ обычно ниже нормальнаго. Особенно рѣзко измѣнена безымянная кость въ той своей части, которая идетъ на образованіе входа въ малый тазъ; эта часть т. наз. полукружная линія чрезвычайно рѣзко укорочена по сравненію съ нормой и укорочена главнымъ образомъ въ своей задней части, соотвѣтственно подвздошной кости. Это укороченіе pars iliaca полукружной линіи можно считать характернѣйшимъ признакомъ рахитически измѣненной безымянной кости. Вслѣдствіе него полукружная линія теряетъ свою нормальную вогнутость и кажется перегнутой во фронтальной плоскости. Въ связи съ уменьшеніемъ отдѣльныхъ частей и вся безымянная кость in toto представляется меньше нормы.

Кромѣ того безымянныя кости теряютъ свою нормальную плотность и подвздошныя ямы, напримѣръ, рѣзко просвѣчиваютъ при разсматриваніи въ проходящемъ свѣтѣ. Къ менѣе обычнымъ, но все же довольно частымъ, особенностямъ костей рахитическаго таза надо отнести образованіе на нихъ рѣзкихъ выпуклостей и шероховатостей на мѣстахъ прикрѣпленія мышцъ. Иногда эти выпуклости принимаютъ видъ настоящихъ экзостозовъ.

Послѣ даннаго описанія отдѣльныхъ тазовыхъ костей становится ясной та характеристика рахитическаго таза, которая уже намѣчалась попутно.

Рахитическій тазъ малъ, низокъ, уплощенъ во входѣ и уширенъ (по крайней мѣрѣ, относительно) въ полости и выходѣ; периферія входа рѣзко укорочена въ сравненіи съ нормой; форма входа, удлиненная въ поперечномъ направленіи, принимаетъ видъ почки или карточнаго сердца, а въ рѣзкихъ случаяхъ, особенно на тазахъ не скелетированныхъ, гдѣ сохраняется лонный хрящъ, имѣетъ даже видъ поперечно положенной восьмерки („en huit de chiffres“) *).

Въ связи съ уменьшеніемъ тазовыхъ костей рахитическій тазъ значительно легче нормальнаго. Если нормальный женскій тазъ вѣситъ въ среднемъ 750,0 граммъ, то для рахитическаго средній вѣсъ будетъ всего 500,0 т. е въ полтора раза меньше (I. т. II стр. 165).

---

*) Послѣдняя форма является переходной къ очень рѣдкой „псевдоостеомалятической“.

Что касается распространенія рахитическаго таза, то къ счастью у насъ въ Россіи онъ встрѣчается значительно рѣже, чѣмъ въ Западной Европѣ. По статистикѣ проф. Г. Е. Рейна (2.), обнимающей 54000 измѣреній таза у беременныхъ въ 12 акушерскихъ клиникахъ и родовспомагательныхъ учрежденіяхъ Россіи, оказывается, что среди узкихъ тазовъ рахитическіе встрѣчаются въ 19% случаевъ, а на общее число тазовъ въ количествѣ, не достигающемъ одного процента (0,77%). Иными словами: „одинъ узкій тазъ изъ пяти представляетъ признаки рахита; среди же плоскихъ тазовъ рахитическій встрѣчается въ одномъ случаѣ изъ трехъ“ (2 стр. 191) Сюда нужно прибавить, что рахитическіе тазы встрѣчаются въ Россіи далеко не равномѣрно. Такъ, на Кавказѣ, гдѣ рахитъ встрѣчается рѣдко, и рахитическіе тазы являются рѣдкостью. Напротивъ, въ нашемъ Царствѣ Польскомъ рахитъ распространенъ довольно сильно и вотъ Варшавская Акушерская клиника въ своихъ отчетахъ отмѣчаетъ 48% узкихъ тазовъ, „причемъ почти всѣ узкіе тазы оказываются рахитическими“ (2 стр. 191) *).

Изъ вышеприведенныхъ данныхъ уже явствуетъ, что тамъ, гдѣ распространенъ рахитъ, и число рахитическихъ тазовъ будетъ велико,—и наоборотъ. Это вполнѣ естественно и понятно. Однако нужно сказать, что распространеніе рахитическаго таза все же значительно меньше, чѣмъ распространеніе рахита въ данной мѣстности. Это объясняется тѣмъ: 1), что страдающія рахитомъ дѣти, повидимому, вымираютъ въ большемъ числѣ, чѣмъ здоровыя; 2) тѣмъ, что въ случаяхъ легкаго рахита признаки его съ возрастомъ исчезаютъ, какъ бы стираются; 3) тѣмъ, что даже при рѣзкомъ рахитѣ тазъ можетъ оказаться не очень затронутъ болѣзненнымъ процессомъ и не представлять характерныхъ для рахита измѣненій своей формы. Наконецъ, нужно имѣть ввиду, что всѣ статистическія сравненія въ этомъ направленіи страдаютъ тѣмъ, что берется современное распространеніе рахитическихъ тазовъ у взрослыхъ женщинъ и сравниваются съ современнымъ же распространеніемъ рахита у дѣтей, тогда какъ для возможности правильныхъ умозаключеній необходимо было бы сравнивать данныя о современномъ распространеніи рахитическаго таза съ данными

*) По даннымъ Михайлова (3. стр. 32) рахитическіе тазы въ Россіи составляютъ 12,5% въ общемъ числѣ узкихъ тазовъ.

о рахитѣ у дѣтей въ то время, когда наши женщины въ свою очередь были дѣтьми.

Въ ученіи о рахитическомъ тазѣ акушерство интересуется двумя, такъ сказать, основными вопросами. Первый представляетъ чисто теоретическій интересъ и касается изученія тѣхъ причинъ, которыя при рахитѣ ведутъ къ образованію характернаго рахитическаго уплощенія. Второй вопросъ заключается въ изученіи и объясненій тѣхъ рѣзкихъ измѣненій механизма родовъ, которыя наблюдаются при рахитическомъ тазѣ. Около этихъ двухъ основныхъ вопросовъ группируются всѣ остальные, болѣе мелкіе, — и вся масса вопросовъ чисто практическаго значенія.

Что касается до вопроса о происхожденіи формы рахитическаго таза, то онъ естественно отчасти совпадаетъ съ тѣмъ же вопросомъ относительно таза нормальнаго. Вѣдь понятно, что причины, которыя дѣйствуютъ при нормальномъ развитіи таза не перестаютъ дѣйствовать при патологическихъ условіяхъ, — онѣ только видомѣняются. Отсюда ясно, почему всѣ тѣ теоріи, которыя были предложены для объясненія происхожденія нормальной формы таза, прилагались также и къ объясненію происхожденія рахитической формы.

Главное, доминирующее мѣсто среди этихъ теорій занимала, отчасти съ нѣкоторыми поправками занимаетъ и теперь такъ называемая механическая теорія. Эта теорія, предложенная и разработанная Litzmann'омъ (4) въ его классическомъ трудѣ о формахъ таза, была принята Schröder'омъ, огромному авторитету котораго и нужно отчасти приписать ея общепризнанность въ теченіе полувѣка.

Теорія эта объясняла характерныя измѣненія формы таза при рахитѣ нѣсколькими, одновременно дѣйствующими причинами, но въ основу и на первое мѣсто ставила вліяніе тяжести туловища (отсюда нѣмецкое названіе „Rumpflasttheorie").

По ученію Litzmann'а уплощеніе таза при рахитѣ происходитъ слѣдующимъ путемъ: при размягченномъ состояніи тазовыхъ костей и разслабленной связи въ крестцово-подвздошныхъ сочлененіяхъ тяжесть туловища, передаваясь на крестецъ, не встрѣчаетъ въ тазовомъ кольцѣ нормальнаго противодѣйствія и вдавливаетъ крестецъ внизъ. Но такъ какъ крестецъ имѣетъ форму клина, то опусканіе его внизъ вскорѣ останав-

ливается и тогда онъ начинаетъ поворачиваться вокругъ своей поперечной оси:—верхняя его часть съ мысомъ подается впередъ, вдвигаясь въ полость малаго таза, а нижняя приподымается кверху, такъ что положеніе крестца приближается къ горизонтальному. Подаваясь впередъ, крестецъ при помощи ligg. iliolumbalia и iliosacralia увлекаетъ за собой заднюю половину подвздошныхъ костей, вслѣдствіе чего заднія ихъ ости приближаются другъ къ другу и къ средней линіи тѣла; въ то же время передняя половина подвздошныхъ костей отклоняется кнаружи, гребешки теряютъ свою вогнутось и разстояніе между передневерхними остями оказывается равнымъ разстоянію между гребешками. Подъ вліяніемъ вдавленія крестца тазовое кольцо разошлось бы даже спереди, если бы здѣсь оно не было крѣпко связано лоннымъ сочлененіемъ.

Размягченныя безымянныя кости, сдавленныя между туловищемъ и нижними конечностями, какъ между молотомъ и наковальней, перегибаются во фронтальной плоскости, почему и очертаніе входа принимаетъ форму удлиненаго въ поперечномъ направленіи овала. Въ то время, какъ верхняя часть крестца подается впередъ и внизъ, нижняя его часть приподымается кверху и кзади, но это отклоненіе обычно вскорѣ задерживается натяженіемъ крѣпкихъ связокъ lig spinoso - и tuberoso-sacra.

Если ребенокъ въ разгарѣ рахита много и подолгу сидитъ, то давленіе тяжести туловища, передаваясь на размягченные сѣдалищные бугры, отклоняетъ ихъ кнаружи, вслѣдствіе чего лобковая дуга растягивается. Одновременно копчикъ и нижняя часть крестца могутъ загнуться внутрь въ формѣ крючка. (Въ этихъ случаяхъ получается слѣдовательно форма, которую нѣмцы назвали „Sitzbecken“; форма эта нѣсколько отлична оть обычной „Liegebecken“, которая получается въ тѣхъ случахъ, когда ребенокъ переноситъ рахитъ лежа въ постели).

Несмотря на несомнѣнную стройность и большую придуманность механической теоріи Litzmann'а, противъ нея уже въ семидесятыхъ годахъ прошлаго столѣтія выступилъ рядъ ученыхъ: Engel (5), Kehrer (6), Fehling (7 и 8). Въ небольшой газетной статьѣ патолого-анатомъ Engel указалъ на рѣзкую особенность рахитическихъ тазовъ, которая заключается въ значительномъ укороченіи подвздошной части безымянныхъ костей. Эта особенность по мнѣнію Engel'я не можетъ быть

объяснена механической теоріей и онъ со своей стороны высказалъ предположеніе, что форма рахитическаго таза обусловлена нарушеніемъ роста тазовыхъ костей, главнымъ образомъ безымянныхъ. Работа Engel'я въ свое время прошла мало замѣченной и лишь въ послѣдніе годы, какъ увидимъ ниже, взглядъ этого ученаго нашелъ подтвержденіе въ фундаментальныхъ послѣдованіяхъ Breus'a и Kolisko. Вторымъ оппонентомъ Litzman'a выступилъ Kehrer. Указывая на то, что въ случаяхъ внутриутробнаго рахита, гдѣ о вліяніи тяжести туловища не можетъ быть и рѣчи, тазъ, все же весьма часто носитъ характерную форму рахитическаго уплощенія, Kehrer высказалъ мысль, что форма рахитическаго таза обусловлена не тяжестью туловища, а главнымъ образомъ дѣйствіемъ мышцъ *). Ученіе Kehrer'a въ настоящее время имѣетъ лишь историческій интересъ, такъ какъ изученіе тазовъ въ свое время описанныхъ имъ, какъ врожденно-рахитическіе, показало, что здѣсь имѣлъ мѣсто не рахитъ, а chondro-dystrophia foetalis т.-е. процессъ существенно отличный отъ рахита. И нужно сказать, что вообще новѣйшія патолого-анатомическія изслѣдованія отрицаютъ существованіе внутриутробнаго рахита.

Вскорѣ послѣ Kehrer'a противъ механической теоріи выступилъ еще Fehling, занявшійся изученіемъ формы таза у внутриутробнаго плода.

Работа Fehling'a, основанная на кропотливомъ изученіи 130 тазовъ внутриутробныхъ плодовъ разнаго возраста (начиная съ 3-го мѣсяца, у плода въ 6,5 ctm. длины), внесла существенныя поправки во взгляды на форму таза у новорожденнаго ребенка. Fehling въ опроверженіе царившаго до него мнѣнія доказалъ, что уже у утробнаго плода намѣчаются половыя отличія таза. Отличія эти явственно замѣтны у пятимѣсячныхъ зародышей и всегда рѣзко выражены у доношенныхъ плодовъ. Засимъ Fehling'у удалось опровергнуть неправильный взглядъ, будто тазъ новорожденнаго рѣзко отличенъ отъ таза

*) Напоминаемъ, что и нормальную форму таза Kehrer объяснялъ дѣйствіемъ мышцъ, но при рахитѣ это дѣйствіе выражено рѣзче и ведетъ къ болѣе рѣзкому уплощенію размягченнаго таза. Въ частности уплощеніе подвздошныхъ ямъ и отклоненіе передне-верхнихъ остей Kehrer объяснялъ „слабостью, вялостью брюшныхъ мышцъ, (что дѣйствительно наблюдается у рахитиковъ) и усиленнымъ дѣйствіемъ антагонистовъ на обѣ spinae ant. sup. llei (mm. sartorius, gluteus medius, tensor fasciae latae), оттягивающихъ передніе концы подвздошныхъ костей въ боковыя стороны“ (цит. по 9. стр. 59).

взрослаго въ томъ отношеніи, что форма его входа или кругла, или даже продольно-овальна. Оказалось, что поперечно-овальная форма входа въ малый тазъ, столь характерная для таза взрослой женщины, вполнѣ выражена уже на очень ранней ступени развитія, такъ что здѣсь это явленіе нельзя поставить въ зависимость ни отъ давленія тяжести туловища, ни отъ дѣйствія мышцъ. Въ связи съ этой работой Fehling замѣтилъ, что форма крестца и нѣкоторыя другія особенности таза утробнаго плода весьма близко напоминаютъ особенности рахитическаго таза взрослой женщины. Это заставило его высказать предположеніе, что форма рахитическаго таза обусловлена остановкой развитія тазовыхъ костей на зародышевой ступени*).

Ни возраженія Kehrer'a, ни возраженія Fehling'a не встрѣтили въ свое время широкаго признанія и можно смѣло сказать, что до самаго послѣдняго времени механическая теорія сохранила свое доминирующее значеніе. Кромѣ указаннаго выше вліянія Schröder'a, отчасти тутъ имѣло большое значеніе то печальное обстоятельство, что за послѣднія десятилѣтія акушеры потеряли былой интересъ къ изученію тазовъ, такъ какъ расцвѣтъ оперативной техники отнималъ, казалось, прежнее значеніе суженій таза въ клинической дѣятельности.

Лишь въ началѣ текущаго столѣтія вновь оживился интересъ къ изученію таза. И это оживленіе надо всецѣло поставить въ заслугу вѣнскимъ ученымъ Breus'y и Kolisko, выпустившимъ еще не законченную, многотомную монографію: Die pathologischen Beckenformen (11). Въ этой монографіи Breus и Kolisko подвергаютъ тазъ самому глубокому и разностороннему изученію. Естественно, что рахиту и его многосложному вліянію на ростъ и формацію таза они не могли не удѣлить большого вниманія.

Breus и Kolisko внесли существенныя поправки въ механическое объясненіе уплощенія таза при рахитѣ, поставивъ на первое мѣсто нарушеніе правильнаго роста костей, какъ въ смыслѣ величины, такъ и въ смыслѣ направленія, и приписывая тяжести туловища лишь второстепенную, содѣйствующую роль.

---

*) Какъ бы дополненіемъ къ работамъ Fehling'a является работа Schliephake (10) который описалъ рядъ патологическихъ тазовъ, найденныхъ при вскрытіи внутриутробныхъ плодовъ. Эта работа выяснила, что уже у зародыша можно встрѣтить и плоскія, и поперечно-суженныя и др. формы тазовъ, образованіе коихъ обычно приписывалось различнымъ причинамъ, дѣйствующимъ во внѣ-утробной жизни.

akusher-lib.ru

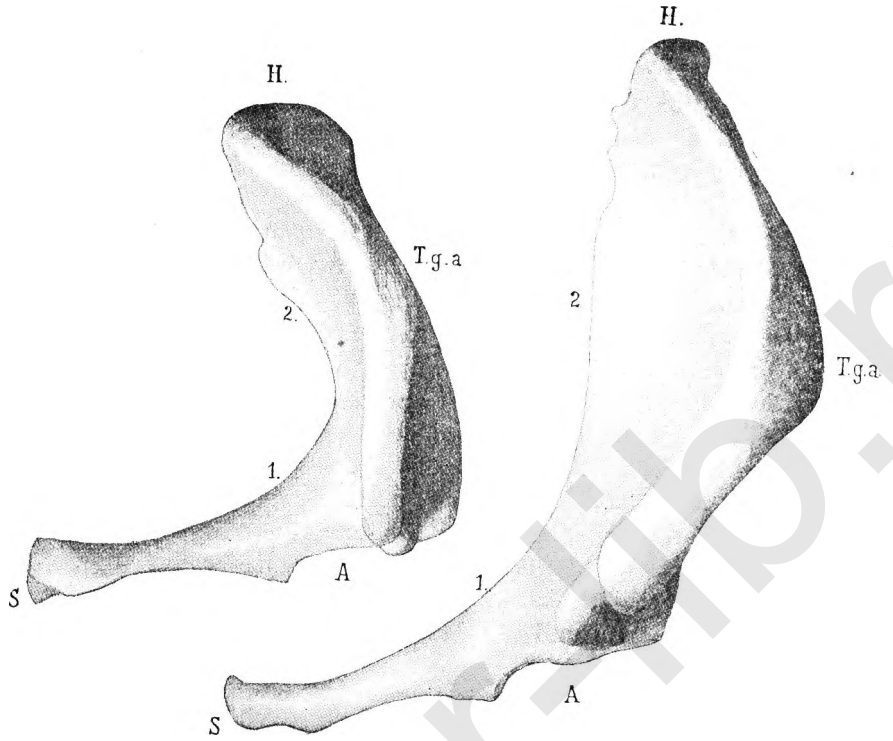
Изученіе рахитическаго таза Breus и Kolisko не ограничили изученіемъ однихъ скелетированныхъ тазовъ взрослыхъ женщинъ, перенесшихъ въ дѣтствѣ рахитъ,—они подробнѣйшимъ образомъ изучили здоровый и рахитическій тазъ у дѣтей.

Что касается до здороваго дѣтскаго таза, то здѣсь Breus и Kolisko подтверждаютъ наблюденіе, сдѣланное до нихъ Turquet. Оказывается, что у дѣвочекъ въ возрастѣ между 8 и 11 годами поперечно-удлиненная форма таза переходитъ, *какъ физіологическое правило*, въ продольно-удлиненную. Иными словами у дѣвочекъ 8—11 лѣтъ прямые размѣры малаго таза больше поперечныхъ,—и только съ 11 лѣтъ, а особенно съ приближеніемъ половой зрѣлости, начинается чрезвычайно быстрый ростъ крестца вширь и удлиненіе лонныхъ костей, вслѣдствіе чего тазъ вновь пріобрѣтаетъ характерную, удлиненную въ поперечномъ направленіи форму. Очевидно, что это наблюденіе само по себѣ очень убѣдительно говоритъ противъ механической теоріи уплощенія таза. Въ самомъ дѣлѣ, если уплощеніе таза обусловлено тяжестью туловища, то вѣдь этотъ факторъ не перестаетъ дѣйствовать и въ возрастѣ между 8 и 11 годами, а между тѣмъ тутъ, несмотря на незаконченное еще окостенѣніе, тазъ оказывается удлиненнымъ въ прямомъ размѣрѣ. Приходится думать, что такое удлиненіе таза въ прямомъ размѣрѣ обусловлено особенностями въ ростѣ тазовыхъ костей, отдѣльные участки которыхъ растутъ и развиваются не одновременно и не съ одинаковой интенсивностью.

Что касается до рахитическаго дѣтскаго таза, то здѣсь Breus и Kolisko отмѣчаютъ, какъ общее и основное явленіе—рѣзкое уменьшеніе всѣхъ тазовыхъ костей, ergo и всего тазового кольца. Никогда при рахитѣ не встрѣчали они у дѣтей таза, по размѣрамъ своимъ равнаго тазу здороваго ребенка того же возраста. Въ однихъ случаяхъ вліяніе рахита на дѣтскій тазъ и ограничивается лишь уменьшеніемъ его величины. Въ другихъ случяхъ наряду съ уменьшеніемъ величины замѣчается и измѣненіе формы тазовыхъ костей и всего таза in toto. Надо допустить, что изъ тазовъ перваго типа къ періоду зрѣлости вырабатываются тѣ формы суженныхъ тазовъ, которыя обычно считаются „не рахитическими“, такъ какъ съ годами и въ тазовыхъ костяхъ, и въ костяхъ всего скелета признаки перенесеннаго въ легкой формѣ рахита, какъ бы уничтожаются. Изъ тазовъ второго типа образуются типичные

плоскорахитическіе тазы. Изучивъ большое количество такихъ тазовъ Breus и Kolisko пришли къ заключенію, что характернѣйшимъ ихъ признакомъ является укороченіе подвздошной части (pars iliaca) безымянныхъ костей. Чѣмъ же обусловлено это укороченіе? Давно извѣстно, что ростъ безымянной кости идетъ со стороны и насчетъ Y-образнаго хряща, расположеннаго въ области вертлужной впадины. Breus и Kolisko открыли до нихъ неизвѣстный фактъ, что ростъ подвздошной части безымянной кости идетъ не только со стороны Y-образнаго хряща. По ихъ наблюденіямъ оказывается, что подъ суставнымъ крестцовоподвздошнымъ хрящемъ проложенъ тонкій слой костеобразовательнаго хряща, который и играетъ выдающуюся роль въ образованіи и удлиненіи подвздошныхъ костей. Breus и Kolisko даже допускаютъ, что именно этотъ хрящъ, а не Y-образный, образуютъ главную массу подвздошной кости. Отсюда уже ясно, какъ рѣзко долженъ пострадать ростъ подвздошной кости, а слѣдовательно величина и форма всей безымянной кости, если рахитическій процессъ, такъ сказать, обрушится на этотъ хрящъ. Итакъ, укороченіе подвздошной кости есть первая и основная причина укороченія прямыхъ размѣровъ, а слѣдовательно и уплощенія таза, — но эта причина не единственная. При нормальномъ ростѣ таза отложеніе новыхъ костныхъ массъ со стороны безымянной кости постепенно отодвигаетъ суставную площадку крестцово-подвздошнаго сочлененія *кзади*, такъ что *кзади* подается все крестцово-подвздошное сочлененіе и *кзади* же отодвигается весь крестецъ. При рахитѣ это движеніе крестца кзади за отсутствіемъ нормальнаго окостенѣнія задерживается или даже останавливается, такъ что крестецъ остается въ своемъ первоначальномъ положеніи. Это наблюденіе Breus и Kolisko, какъ видимъ, стоитъ въ рѣзкомъ противорѣчіи съ общепринятымъ взглядомъ, будто крестецъ и при физіологическихъ, а особенно при патологическихъ условіяхъ подъ вліяніемъ тяжести туловища подается впередъ, какъ бы вдавливаясь между безымянными костями.

Не останавливаясь на дальнѣйшихъ возраженіяхъ Breus и Kolisko противъ механической теоріи, мы можемъ резюмировать ихъ взглядъ на происхожденіе плоскаго рахитическаго таза слѣдующимъ образомъ: *Въ основѣ* лежитъ нарушеніе правильнаго роста тазовыхъ костей, въ особенности подвздошной; засимъ имѣетъ существенное значеніе размягченіе костей; на-



На прилагаемомъ рисункѣ изображены верхнія половины безымянныхъ костей, распиленныхъ параллельно плоскости входа въ тазъ.

Меньшая кость, слѣва, взята изъ рахитическаго таза, большая— изъ нормальнаго.

Обѣ кости изображены въ одной и той же установкѣ (обѣ положены на плоскость распила), обѣ срисованы съ одной и той же точки зрѣнія и въ одинаковомъ масштабѣ.

A—acetabulum; S—передній, H—задній конецъ кости; T. g. a.— Tuber glutaeum anterius; 1—2—pars iliaca.

Сравненіе обоихъ изображеній показываетъ, что рахитическая безымянная кость сильнѣе согнута по длинѣ (отъ S до H); pars iliaca (1—2) у ней короче, подвздошная кость поставлена болѣе отвѣсно и гребешокъ ея укороченъ и сильно согнутъ. Задній уголъ S—образной кривизны заостренъ.

На нормальной безымянной кости наружная ея поверхность совершенно не видна, такъ какъ подвздошная кость отклонена кнаружи, ея Tuber glutaeum anterius поэтому тоже лежитъ значительно болѣе кнаружи.

Длина lineae terminalis въ рахитической кости = 16,5 ст. (отъ S до H), длина этой же линіи въ нормальной кости 21,1 ст.

Рисунокъ этотъ и текстъ подъ нимъ заимствованы у Breus и Kolisko (стр. 457).

akusher-lib.ru

конецъ, разслабленіе и смѣщеніе тазовыхъ сочлененій, особенно крестцово-подвздошныхъ. Тяжесть туловища и другіе механическіе моменты играютъ несомнѣнную роль въ образованіи формы рахитическаго таза, но роль эта занимаетъ второстепенное мѣсто и вліяетъ, такъ сказать, лишь на детали. Такъ, напримѣръ, загибъ нижняго конца крестца съ копчикомъ внутрь таза легко и просто объясняется чисто механическимъ путемъ.

Въ послѣднее время Falk (12) опубликовалъ монографію о развитіи формы таза у внутриутробнаго плода. Въ этой монографіи также, какъ и въ сообщеніи (13), сдѣланномъ имъ въ Берлинскомъ Акушерскомъ Обществѣ въ 1909 году, Falk на основаніи своихъ многочисленныхъ изслѣдованій зародышевыхъ тазовъ приходитъ къ заключенію, что тяжесть туловища не играетъ существенной роли въ образованіи формы таза. Въ самомъ дѣлѣ смѣщеніе перваго крестцоваго позвонка, а слѣдовательно и мыса внизъ и вглубь (Tiefertreten), на которое всегда смотрѣли, какъ на лучшее доказательство въ пользу механической теоріи, оказывается, наблюдается, какъ правило, во второй половинѣ внутриутробной жизни. Кромѣ того Falk могъ подтвердить наблюденія Schliephake (выше цитируемыя), что среди тазовъ зародышей нерѣдко на ряду съ нормальной встрѣчаются и патологическія формы таза, и особенно плоскія. Всѣ данныя, вмѣстѣ взятыя, заставляютъ Falk'a придти къ заключенію, что основныя причины въ образованіи той или иной формы таза лежатъ въ первичныхъ зачаткахъ развитія и роста тазовыхъ костей.

Интересно, что половыя отличія таза Falk объясняетъ ростомъ внутреннихъ половыхъ органовъ и такимъ образомъ въ началѣ XX вѣка приходитъ къ тому же nisus omnium pelvi contentorum organorum, о которомъ говорили въ XVIII вѣкѣ. И дѣйствительно, несмотря на все стремленіе науки объяснить ростъ и форму таза упрощенными представленіями, мы должны признать, что развитіе таза идетъ въ тѣсной зависимости отъ цѣлаго комплекса еще темныхъ вліяній, которыя всѣ вмѣстѣ можно объединить терминомъ nisus formativus, не придавая ему однако стариннаго виталистическаго значенія.

Къ числу такихъ темныхъ и неуловимыхъ для насъ вліяній нужно отнести вліяніе такъ называемой внутренней секреціи нѣкоторыхъ органовъ, въ частности половыхъ. Относительно

мужчинъ мы имѣемъ въ этомъ вопросѣ цѣнныя наблюденія, опубликованныя русскимъ врачомъ Пеликаномъ (14). Изслѣдуя скопцовъ въ цѣляхъ судебно-медицинскихъ, Пеликанъ съ неопровержимой убѣдительностью доказалъ, что „размѣры таза у скопцовъ больше, чѣмъ у мужчинъ, и даже больше, чѣмъ у женщинъ“ (14, стр. 63). Здѣсь, очевидно, всѣ существующія теоріи должны уступить свое мѣсто таинственному еще для насъ nisus formativus.

Аналогичныхъ наблюденій надъ вліяніемъ ранней кастраціи женщинъ на развитіе у нихъ таза по понятной причинѣ не имѣется, если не считать часто цитируемую работу нѣкоего д-ра Робертса, который, путешествуя по Индіи (въ первой половинѣ XIX столѣтія), имѣлъ будто бы случай наблюдать тамъ женщинъ, кастрированныхъ въ раннемъ дѣтствѣ, извѣстныхъ подъ именемъ „Геджерасъ“. Въ работѣ этой, совершенно недоступной въ оригиналѣ, не имѣется, повидимому, точныхъ данныхъ по интересующему насъ вопросу.

Изъ новѣйшей литературы я могу указать лишь на статью д-ра Keppler'a, который „тщательно прослѣдилъ втеченіе нѣсколькихъ лѣтъ за 15 кастрированными (по медицинскимъ показаніямъ) женщинами, причемъ отмѣтилъ, что conjugata у нихъ постепенно уменьшается и притомъ „тѣмъ болѣе, чѣмъ моложе субъектъ“ (цит. по 15, стр. 42).

Экспериментальныя изслѣдованія надъ животными — въ частности работы Sellheim'a (16) по этому вопросу—съ несомнѣнностью показываютъ, что ранняя кастрація, какъ самцовъ, такъ и самокъ оказываетъ рѣзкое вліяніе на ростъ костнаго скелета.

Все вышеизложенное показываетъ, какіе пробѣлы имѣются еще въ ученіи объ образованіи формы нормальнаго таза. Тѣмъ болѣе естественно, что гораздо болѣе трудный вопросъ о формѣ рахитическаго таза остается еще во многихъ отношеніяхъ открытымъ.

Мы можемъ, однако, признать, что стремленіе поставить въ главу угла механическое объясненіе не выдерживаетъ строгой научной критики и должно считаться поколебленнымъ.

Великая, таинственная загадка жизни стоитъ передъ нами въ своемъ неизмѣнномъ величіи. Форма рахитическаго таза

akusher-ib.ru

является однимъ изъ безчисленныхъ иксовъ въ этой загадкѣ. Не будемъ падать духомъ оттого, что мы еще далеки отъ опредѣленія этого икса, ибо все-таки мы къ этому опредѣленію приближаемся.

Цитируемые въ статьѣ источники:

1) *Bar*. La Pratique de l'art des accouchements. Paris 1909.

2) *Рейнъ Г. Е.*, проф. Къ статистикѣ узкихъ тазовъ въ Россіи. Въ „Сборникъ въ честь проф. Г. Е. Рейна". Кіевъ. 1900.

3) *Михайловъ*. Ученіе объ узкомъ тазѣ по русскимъ даннымъ „Протоколы и сообщенія Общ. Врачей Новгородской губерніи за 1904 годъ".

4) *Litzmann*. Die. Formen des Beckens... Berlin 1861.

5) *Engel*. Wien. med. Woch. 1872. № 40. (Работа Engel'я въ оригиналѣ мнѣ незнакома, но она достаточно подробно излагается во многихъ изъ послѣдующихъ работъ по рахитическому тазу).

6) *Kehrer*. Zur Entwickelungsgeschichte des rachitischen Beckens. Archiv f. Gyn. 1873. т. V, стр. 55—100.

7) *Fehling*. Die Form des Beckens beim Fötus... Archiv f. Gyn. 1876. т. X, стр. 1—80.

8) *Fehling*. Die Entstehung der rachitischen Beckenform. Archiv f. Gyn. 1877. т. XI, стр. 173—183.

9) *Татевосовъ*. „Къ вопросу о нормальномъ и рахитическомъ тазѣ у дѣтей". Дисс. СПБ. 1899.

10) *Schliephake*. Ueber pathologische Beckenformen beim Fötus. Archiv f. Gyn. 1882. т. XX, стр. 435—454.

11) *Breus und Kolisko*. Die pathologischen Beckenformen. Leipzig und Wien, Deuticke (выходитъ съ 1900 г.).

12) *Falk*. Die Entwickelung und Form des fötalen Beckens. Berlin. Karger. 1908. (Работа Falk'а знакома мнѣ по нѣсколькимъ рецензіямъ и рефератамъ въ журналахъ).

13) *Falk*. Welche Factoren bedingen die form des Fetalen Beckens. Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1910. т. 65, стр. 495—500.

14) *Пеликанъ*. Судебно-медицинскія изслѣдованія скопчества. СПБ. 2-е изд. 1875.

15) *Федоровъ*. О менструальной функціи женскаго организма... Варш. Унив. Изв. 1899. т. I.

16) *Sellheim*. Castration und Knochenwachsthum. Beiträge zur Geb. u. Gyn. T. I, II и V.

akusher-lib.ru

Эклямпсія безъ судорогъ.

С. А. Селицкаго.

Ординатора Московской Акушерской Клиники.

Несмотря на многочисленныя работы, экспериментальныя изысканія, до сихъ поръ еще далеко не выяснена этіологія и сущность эклямпсіи.

Одно только предположительно вѣрно и что въ данный моментъ составляетъ взглядъ большинства современныхъ акушеровъ это то, что эклямпсія есть эндогенная интоксикація, интоксикація такъ или иначе пріуроченная къ беременности.

Хотя беременность фактически и является актомъ физіологическимъ, но далеко не рѣдко даетъ отклоненіе, граничащее съ патологическимъ явленіемъ, иной разъ даже угрожающимъ жизни матери.

Чуть ли не съ самыхъ первыхъ дней, съ самаго момента зачатія съ прекращеніемъ мѣсячныхъ очищеній, въ организмѣ женщины происходитъ цѣлый рядъ измѣненій, пріуроченныхъ къ внѣдренію посторонняго тѣла—зародыша.

Со стороны материнскаго организма, со стороны всѣхъ его органовъ, какъ выдѣлительныхъ, такъ и строительныхъ или лучше сказать отъ біо-химической жизни организма, требуется бо́льшій запросъ, бо́льшая интенсивность работы и чѣмъ дальше развивается плодное яйцо, тѣмъ эти запросы все болѣе и болѣе увеличиваются въ своемъ масштабѣ.

Не всегда однако организмъ находитъ въ самомъ себѣ въ достаточной степени защитительныхъ средствъ, въ особенности, если эти требованія предъявляются къ организму ослабленному, менѣе способному къ самозащитѣ (какъ, напримѣръ, при какихъ-либо конституціональныхъ заболѣваніяхъ, тубер-

akusher-lib.ru

кулезѣ, сифилисѣ или при пораженіяхъ отдѣльныхъ органовъ, при болѣзняхъ почекъ, печени, заболѣваніяхъ сердца, разстройствахъ нервной системы, всевозможныхъ заболѣваніяхъ крови, какъ количественнаго, такъ и качественнаго характера, а также и послѣ перенесенныхъ тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзней).

Въ силу потери извѣстной устойчивости, равновѣсія и сопротивляемости организма беременной женщины происходитъ неполная, недостаточная нейтрализація, послѣдующее отравленіе, не всегда однако проявляющееся въ какой-либо опредѣленной формѣ.

Если мы между прочимъ прослѣдимъ болѣзненныя явленія, наблюдающіяся при беременности, то увидимъ, что въ этихъ отклоненіяхъ отъ физіологіи есть извѣстная постепенность, наростаніе, находящееся въ непосредственной связи со стадіей беременности; съ другой стороны не только нельзя отрицать, но съ большою вѣроятностью можно предположить, что между тѣми или иными патологическими отклоненіями отъ правильнаго теченія беременности есть нѣкоторая, даже непосредственная связь.

Насколько часто встрѣчается рвота въ начальныхъ ступеняхъ беременности, иной разъ служа, наряду съ другими симптомами, однимъ изъ ея вѣроятныхъ признаковъ, настолько же рѣдко встрѣчается она во второй половинѣ беременности, точно также, какъ и появленіе эклямпсіи въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ наблюдается въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности и ничтожный ея $^0/_0$ (какъ это видно изъ многочисленныхъ, какъ нашихъ отечественныхъ, такъ и заграничныхъ статистикъ) относится къ ея первой половинѣ.

Мы далеко однако не исключаемъ возможности появленія рвоты и въ болѣе поздніе мѣсяцы, во второй половинѣ беременности, хотя въ это время, какъ показываютъ литературныя данныя и наши клиническія наблюденія, она встрѣчается довольно рѣдко (по Горвицу въ 2,6$^0/_0$—на 186 случаевъ—цитировано по Судакову).

Мы всецѣло раздѣляемъ мнѣніе Судакова, что необходимо выдѣленіе этого страданія въ особый видъ, а именно—„поздней рвоты беременныхъ“, точно также, какъ и возникновеніе ея вѣроятнѣе всего нужно отнести на интоксикацію, исходящую со стороны плоднаго яйца.

Разстройства беременности.

Мѣсяцы = I. II. III. IV. V. VI. VII. VIII. IX. X.

Emesis,

Поздняя рвота (Судаковъ) беременныхъ.

Hyperemesis,

Eclampsia

sub graviditate, sub et post partum.

Prurigo autotoxique de la grossesse (Bar), Prurigo gestationis (Gaston), Herpes gestationis, Urticaria, Purpura (Zangemeister и др.), Rosacea (Jadassohn и др.), Exantheme, эксудативныя эритемы (Martin, Полотебновъ и др.), Экзема, Hypertrichosis.

Альбуминурія, почка беременныхъ, развитіе амбліопіи, амауроза, retinitis albuminurica.

Появленіе желчныхъ пигментовъ въ мочѣ, желтуха, острая желтая атрофія печени.

Повышеніе всѣхъ рефлексовъ, повышеніе нервной раздражимости, неврозы, психозы, полиневриты, хорея.

Ptyalismus, набуханіе щитовидной железы, образованіе остеофитовъ, измѣненіе костной ткани.

Упорные запоры.

akusher-lib.ru

Судаковъ полагаетъ, что „поздняя рвота“ беременныхъ безусловно отвергаетъ теоріи рефлекторнаго или истерическаго происхожденія и служитъ доказательствомъ интоксикаціи того же происхожденія, какъ и эклямпсія.

Бо́льшая часть вышеприведенныхъ разстройствъ, наблюдаемыхъ у беременныхъ женщинъ, начиная съ самыхъ незначительныхъ, въ настоящее время трактуется цѣлымъ рядомъ авторовъ, какъ возникающая на почвѣ интоксикаціи и объясняется явленіями повышеннаго образованія токсиновъ (Побѣдинскій, Fellner и мн др.) или какъ выражаются нѣкоторые повышеніемъ токсическаго коэффиціента.

Единичныя предположенія относительно того или другого заболѣванія во время беременности въ смыслѣ интоксикаціи высказывались сравнительно давно, съ теченіемъ же времени голоса въ защиту этого мнѣнія все прибавлялись и въ настоящее время при накопленіи цѣлаго ряда клиническихъ наблюденій мы имѣемъ много данныхъ, подтверждающихъ этотъ взглядъ.

Разбирая въ отдѣльности ту или иную ненормальность беременности, остановимся на Hyperemesis gravidarum, на одной изъ наиболѣе тяжелыхъ, пріуроченной по большей части къ ея первой половинѣ. Двадцать лѣтъ тому назадъ Линдеманъ на основаніи общей патолого-анатомической картины случая неукротимой рвоты изъ Московской Акушерской клиники (перерожденіе нервовъ, жировая инфильтрація, жировое перерожденіе, бѣлковая дегенерація печени, почекъ) однимъ изъ первыхъ высказалъ взглядъ объ Hyperemesis gravidarum, какъ объ аутоинтоксикаціи. Соловьевъ, описавшій тотъ же случай съ клинической стороны, считалъ полиневриты за явленіе вторичное, вызванное аутоинтоксикаціей.

Линдеманъ считаетъ, что неукротимая рвота имѣетъ глубокое патологическое значеніе, иной разъ можетъ пройти совсѣмъ безслѣдно, въ другомъ случаѣ вызвать глубокія измѣненія въ паренхимѣ.

Впослѣдствіи мы находимъ многочисленныя подтвержденія вышесказанному мнѣнію Линдемана, цѣлый рядъ авторовъ на основаніи своихъ наблюденій высказывается въ томъ же смыслѣ (Hofbauer (значительныя дегенеративныя измѣненія въ печени, въ почкахъ), Charpentier, Bouffe-de St. Blaise, Taylor, Попялковскій, Постернакъ, Schickele и мн. др.).

Hofbauer считаетъ, что чрезмѣрная рвота беременныхъ есть слѣдствіе интоксикаціи,—никакой связи съ истеріей нѣтъ. Въ печени умершихъ отъ неукротимой рвоты наблюдалась жировая инфильтрація, острыя воспалительныя измѣненія въ паренхимѣ почекъ, главнымъ образомъ по периферіи.

Постернакъ на основаніи литературныхъ данныхъ и своихъ наблюденій полагаетъ, что въ большинствѣ случаевъ неукротимая рвота возникаетъ на почвѣ интоксикаціи, иногда же этіологическимъ моментомъ можетъ служить истерія.

Pinard говоритъ, что „le vomissement est le cri d'alarme de l'organisme, qui commence à être intoxiqué".

Schickele полагая, что во время беременности существуетъ цѣлый рядъ заболѣваній, возникающихъ на почвѣ интоксикаціи, разсматриваетъ ихъ подъ общимъ именемъ „эклямпсія" и классифицируетъ ихъ такимъ образомъ: эклямпсія можетъ наступать типически съ судорогами, атипически безъ судорогъ, какъ тяжелая, иногда смертельная „Hyperemesis gravidarum" или наконецъ въ видѣ единичныхъ симптомовъ — ptyalismus, Exantheme, периферическихъ невритовъ, рвоты, разстройства зрѣнія и мн. др.

Если мы съ другой стороны возьмемъ довольно значительную группу кожныхъ заболѣваній при беременности, то увидимъ, что въ данное время есть много указаній, позволяющихъ намъ разсматривать ихъ, какъ возникающихъ, если не исключительно, то въ большинствѣ случаевъ на почвѣ интоксикаціи.

Scheuer, полагая, что измѣненія кожи при беременности могутъ быть вызваны различными факторами (какъ-то: качественнымъ измѣненіемъ крови, общимъ разстройствомъ питанія, измѣненіемъ кровеобращенія, повышеніемъ кровяного давленія) преобладающее значеніе въ этіологіи этихъ заболѣваній придаетъ аутоинтоксикаціи.

Несмотря на различный характеръ измѣненій, говоритъ тотъ же авторъ, появляющихся послѣ зачатія во всемъ организмѣ—они всѣ имѣютъ одинаковое патологическое значеніе и всѣ одного происхожденія; измѣненія кожи—такой же признакъ беременности, какъ и неукротимая рвота и эклямпсія.

Если въ настоящее время у насъ нѣтъ еще достаточно данныхъ, чтобы болѣе или менѣе категорически отнести то или другое кожное заболѣваніе беременной женщины къ явле-

akusher-lib.ru

ніямъ интоксикаціи, то въ будущемъ, конечно, какъ по мѣрѣ накопленія клиническаго матеріала, такъ и экспериментальной разработки вопроса у насъ будетъ для этого болѣе прочная и обоснованная почва.

Что касается, напримѣръ, вопроса объ этіологіи impetigo herpetiformis, то хотя она представляется далеко не выясненной и по сіе время, но наибольшаго вниманія заслуживаетъ теорія, предложенная Wechselmann'омъ и Scheuer'омъ,—теорія, которую и мы скорѣе всего склонны раздѣлять, а именно, — что исходнымъ пунктомъ заболѣванія служитъ плацента и что ядовитые ферменты или токсины, образующіяся въ ней, дѣйствуютъ на организмъ двояко, во-первыхъ на нервы, во-вторыхъ обладаютъ общетоксическимъ дѣйствіемъ.

Finger полагаетъ, что связь этого заболѣванія съ беременностью не подлежитъ сомнѣнію, хотя вскрытія и даютъ отрицательный результатъ; въ громадномъ большинствѣ случаевъ болѣзнь поражаетъ беременныхъ. Идентичность impetigo herpetiformis съ случаями, наблюдавшимися у мужчинъ, сомнительна.

Riecke считаетъ, что impetigo herpetiformis Hebra въ типической формѣ встрѣчается только у женщинъ, находится въ связи съ беременностью и въ большинствѣ случаевъ оканчивается смертельно. Немногіе случаи, описанные у мужчинъ (Kaposi), не вполнѣ соотвѣтствуютъ типической установленной формѣ.

Съ другой стороны Поспѣловъ, наблюдая совмѣстно съ Красноглазовымъ типическій случай болѣзни Hebra у одной женщины (болѣзнь возобновлялась три раза—два раза во время беременности и разъ во время дисменорреи) думаетъ, что заболѣваніе это не зависитъ отъ болѣзней матки, а также и не находится исключительно въ зависимости объ беременности.

Въ настоящее время наилучшей иллюстраціей интоксикаціоннаго происхожденія кожныхъ болѣзней (а также и нѣкоторыхъ другихъ заболѣваній беременности) служатъ недавнія попытки нѣмецкихъ акушеровъ примѣнить серотерапію при вышесказанныхъ заболѣваніяхъ. Примѣненіе сыворотки было основано на томъ положеніи, что въ данныхъ случаяхъ имѣется дѣло съ отравленіемъ, что организмъ нуждается въ противоядіяхъ, въ антитоксинахъ и что въ виду ихъ недостаточности вспомогательнымъ средствомъ является сыворотка, пополняющая эти недочеты.

Намъ извѣстны теперь уже не единичные случаи этой удачно примѣненной терапіи при Prurigo, Urticaria, Herpes gestationis, Impetigo herpetiformis, (случай Mayer'a, Mayer'a и Linser'a, цѣлый рядъ удачныхъ случаевъ Freund'a и другихъ), при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ ней приступали послѣ длительнаго безрезультатнаго симптоматическаго лѣченія. Сывороткой служила или лошадиная кровь или кровь здоровой беременной женщины.

Въ прошломъ же году Franz, разсматривая на основаніи новѣйшихъ біологическихъ изслѣдованій токсикозы беременности на почвѣ плацентарной аутоинтоксикаціи, примѣнилъ съ успѣхомъ въ одномъ случаѣ Erythema multiforme exsudativum сыворотку, полученную изъ крови пуповины.

Кромѣ того мы знаемъ также случаи съ успѣшно проведенной серотерапіей и при эклямпсіи, при неукротимой рвотѣ, при Icterus и Nephritis gravidarum, при чемъ при эклямпсіи она примѣнялась не сейчасъ же послѣ начала заболѣванія, а послѣ 10—20 припадковъ.

Fieux, Le Lorier точно также описываютъ случаи удачно примѣненной сыворотки здоровой беременной женщины, при чемъ Fieux отмѣчаетъ, что наиболѣе дѣйствительной въ такихъ случаяхъ является сыворотка женщины первыхъ мѣсяцевъ беременности.

Вопросъ о примѣненіи сыворотки сравнительно недавняго происхожденія, возникъ благодаря наблюденіямъ Freunda, показавшимъ, что свѣжая сыворотка (лошади, морской свинки, человѣка) способна парализовать ядовитое дѣйствіе свѣже-выжатаго сока плаценты.

Всѣ накопившіяся данныя позволяютъ намъ заключить, что большинство разсматриваемыхъ нами отклоненій беременности происходитъ на почвѣ интоксикаціи организма, что между этими отклоненіями существуетъ извѣстная связь и что съ послѣдующимъ развитіемъ беременности, съ прогрессирующимъ ростомъ плоднаго яйца увеличиваются и эти разстройства.

Welch въ виду того, что постоянно дѣлаютъ различіе между эклямпсіей и токсеміей, предпринялъ рядъ изслѣдованій и на основаніи вскрытій приходитъ къ заключенію, что эклямпсія и токсемія беременныхъ только и различаются другъ отъ друга извѣстной постепенностью — это различныя стадіи одного и того же заболѣванія.

akusher-lib.ru

Мы вполнѣ присоединяемся къ мнѣнію Михнова, высказанному еще въ 1899 году, что „эклямпсія не есть какое-либо случайное заболѣваніе,—эклямпсія есть лишь кульминаціонный пунктъ цѣлаго ряда другихъ аналогическихъ разстройствъ, вызываемыхъ беременностью“.

Разсматривая слѣдовательно эклямпсію, какъ конечный продуктъ самоотравленія организма, мы тѣмъ самымъ полагаемъ, что встрѣчаемая въ томъ или другомъ случаѣ такъ называемая печеночная или почечная недостаточность не служитъ ея первопричиной, а является послѣдовательнымъ актомъ отравленія, такъ какъ пораженія этихъ, равно какъ и другихъ органовъ не обязательны въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ точно также, какъ и пораженія печени нельзя поставить въ прямую зависимость отъ пораженія почекъ, такъ какъ извѣстны далеко не единичные случаи, гдѣ при наличности заболѣванія печени при эклямпсіи, функція почекъ оставалась нормальной.

Мы скорѣе склонны разсматривать такъ часто наблюдающуюся альбуминурію, „почку беременныхъ“, какъ явленіе вторичное, какъ дѣйствіе того же эклямптическаго яда, но появленіе эклямпсіи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ не обязательно, такъ какъ не значитъ, что ядъ, дѣйствуя на почечную паренхиму, долженъ дѣйствовать и на центральную нервную систему и вызывать судороги (Lentzmann).

Сравнительно продолжительное время полагали, что эклямпсія есть уремическая интоксикація, что эклямпсія возникаетъ на почвѣ пониженной функціи почекъ и цѣлый рядъ авторовъ всевозможными теоріями старался подтвердить этотъ взглядъ (Frerichs, Spiegelberg, Traube, Rosenstein, Halberstma и многіе другіе).

Не касаясь вопроса и не вдаваясь въ критику давно уже не удовлетворяющихъ теорій, имѣющихъ въ данный моментъ лишь историческій характеръ, такъ какъ это очень бы отдалило насъ отъ намѣченной цѣли, упомянемъ только, что благодаря многимъ работамъ, главнымъ образомъ послѣдняго десятилѣтія, доказано, что эклямпсія не есть уремическая интоксикація.

Оставляя въ сторонѣ цѣлый рядъ экспериментальныхъ работъ, стремившихся доказать это, остановимся только на клинической картинѣ болѣзни, а также и на данныхъ аутопсіи. Мы знаемъ, что существуютъ безбѣлковыя формы эклям-

псіи, что больныя хроническимъ нефритомъ рѣдко заболѣваютъ эклямпсіей, а затѣмъ и то, что припадки уреміи не развиваются такъ быстро и бурно (Побѣдинскій, Guggisberg и др.).

Weinberger на основаніи изслѣдованій случаевъ эклямпсіи, наблюдавшихся въ Страссбургской клиникѣ, приходитъ къ заключенію, что никакой идентичности между эклямпсіей и уреміей не существуетъ.

Аутопсія же намъ указываетъ, что иной разъ бываютъ случаи, гдѣ почки остаются незатронутыми, а также и то, что нерѣдко тѣ или иныя встрѣчаемыя въ нихъ пораженія относятся къ измѣненіямъ недавняго, свѣжаго характера.

Въ связи съ разборомъ вопроса объ этіологическомъ значеніи пораженія почекъ при эклямпсіи, нѣкоторые авторы, основываясь отчасти на клиническомъ теченіи болѣзни, главнымъ же образомъ на данныхъ патолого-анатомической картины думали, что причиннымъ моментомъ возникновенія эклямпсіи служитъ печень и все дѣло сводится къ печеночной недостаточности, благодаря которой въ материнскомъ организмѣ скопляются ядовитые продукты обратнаго обмѣна веществъ, которые служатъ причиной пораженія почекъ, а также и возникновенія судорогъ.

Взглядъ этотъ, какъ извѣстно, впервые высказанный Stumpf'омъ и разработанный впослѣдствіи главнымъ образомъ французской школой, какъ теорія аутоинтоксикаціи (Bouchard, Rivière, Bouffe-de-St. Blaise, Pinard и мн. друг), отчасти правда итальянской и американской школой,—раздѣляется многими и по настоящее время. Сторонники этого воззрѣнія полагаютъ, что на первый планъ выступаютъ заболѣванія печени, что больной органъ не можетъ обезвреживать продуктовъ обратнаго метаморфоза, иначе говоря все сводится къ печеночной токсеміи.

Въ 1893 году, какъ извѣстно Массенъ полагалъ, что уменьшенная функція того или иного органа происходитъ благодаря вырабатываемымъ въ организмѣ беременной женщины токсинамъ, считалъ ихъ за лейкомаины и образованіе ихъ приписывалъ недостаточной окислительной дѣятельности печеночныхъ клѣтокъ; заболѣванія же печеночной ткани благопріятствуютъ накопленію лейкомаиновъ.

Что же служитъ причиной накопленія лейкомаиновъ, говоритъ тотъ же авторъ, сказать невозможно, можетъ быть отчасти причина заключается въ пониженной окислительной способности крови.

Что касается вопроса объ инфекціонномъ происхожденіи эклямпсіи, то взглядъ этотъ въ настоящее время раздѣляется немногими.

Точно также невелико число сторонниковъ теоріи Vassale, полагающаго, что причиной возникновенія эклямпсіи служитъ недостаточность щитовидной железы, такъ какъ большинство разсматриваетъ тѣ или другія измѣненія, встрѣчаемыя въ этой железѣ, какъ вторичнаго характера на почвѣ общаго отравленія.

Упомянемъ также, что нѣкоторые въ данное время усиленно отстаиваютъ гипотезу кишечнаго происхожденія эклямпсіи, полагая, что она возникаетъ на почвѣ всасыванія въ кровь токсиновъ кишечника и будто бы чаще встрѣчается у женщинъ, страдающихъ хроническимъ запоромъ (Fabre).

Вопросъ о томъ, что же дѣйствительно служитъ истинной первопричиной эклямпсіи, кишечная ли интоксикація, заболѣванія ли печени, пониженная ли и ослабленная дѣятельность почекъ или же пораженія этихъ органовъ являются вторичными,—хотя является вопросомъ еще спорнымъ и не совсѣмъ рѣшеннымъ, но работы послѣднихъ лѣтъ въ различномъ направленіи болѣе или менѣе опредѣленно говорятъ, что пораженія этихъ органовъ вторичныя на почвѣ циркулированія въ крови беременной женщины какихъ-то, пока еще неопредѣленныхъ ядовъ, идущихъ со стороны плоднаго яйца.

Главнымъ толчкомъ къ такому взгляду послужили клиническія наблюденія, а именно, что окончаніе родовъ благопріятно отзывается на теченіи болѣзни, быстрое исчезаніе (критическое паденіе) бѣлка въ мочѣ, отрицательныя данныя микроскопическаго изслѣдованія, а также и прекращеніе многихъ другихъ патологическихъ симптомовъ. Вопросъ оставался только въ томъ, что именно служитъ главнымъ агентомъ въ этомъ заболѣваніи — самъ ли плодъ, дѣтское ли мѣсто или же околоплодныя воды.

Первоначально высказанный взглядъ Van-der-Haeven'омъ и дополненный впослѣдствіи Fehling'омъ, что заболѣваніе это пріурочивается къ плоду и находится такъ или иначе въ зависимости отъ него, потерялъ подъ собой почву послѣ того, какъ различными авторами были описаны случаи эклямпсіи какъ при мертвомъ, такъ и при мацерированномъ плодѣ, а также и при пузырномъ заносѣ (Hitschmann, Liepmann, Meyer-Wirz и нѣк. др.).

Mathilde Brauser, Sitzenfrey точно также описали случаи эклямпсіи при пузырномъ заносѣ. Mathilde Brauser полагаетъ, что такіе случаи служатъ вѣской опорой плацентарной теоріи эклямпсіи.

Намъ также не разъ приходилось наблюдать эклямпсію при мертвомъ и мацерированномъ плодѣ и мы съ своей стороны не можемъ отмѣтить того факта, чтобы смерть или мацерація плода вела къ ослабѣванію заболѣванія, къ прекращенію припадковъ.

Что касается вопроса относительно значенія околоплодныхъ водъ въ возникновеніи эклямпсіи то, несмотря на то, что изслѣдованія Albeck'a и Lohse показали намъ, что околоплодная жидкость эклямптичекъ, вспрыснутая морскимъ свинкамъ, вызываетъ у нихъ въ печени измѣненія, аналогичныя измѣненіямъ при эклямпсіи и что наоборотъ околоплодныя воды не эклямптичекъ этого не вызываютъ — мы все-таки не можемъ считать ихъ первоисточникомъ происхожденія эклямпсіи. Мы полагаемъ, что если въ материнскомъ организмѣ происходитъ цѣлый рядъ измѣненій, если организмъ отравляется, то это неизбѣжно должно сказаться какъ на плодѣ, такъ и на околоплодной жидкости.

Если вскрытія умершихъ дѣтей эклямптичекъ показываютъ намъ, что у нихъ нерѣдко встрѣчаются аналогичныя (характерныя вообще для эклямпсіи) измѣненія въ органахъ, что слѣдовательно отравленіе простирается не только на материнскій, но и на дѣтскій организмъ, то при этомъ должны, конечно, отравляться и околоплодныя воды и обладать извѣстной ядовитостью.

Въ виду того, что взглядъ Van der Haeven'a не могъ болѣе удовлетворять, вниманіе клиницистовъ, а также и изслѣдователей было обращено на плаценту.

Послѣдъ играетъ не только въ этіологіи эклямпсіи, но и вообще гораздо бóльшую роль, чѣмъ ту, которая раньше приписывалась ему.

Еще изслѣдованія Schmorl'я, подтвержденныя впослѣдствіи Lubarch'омъ и другими показали, что очень часто въ легкихъ и въ другихъ органахъ находятся плацентарныя клѣтки и что они играютъ не послѣднюю роль въ этіологіи эклямпсіи.

Veit считаетъ, что различныя разстройства, осложненія беременности заключаются въ непрерывномъ поступленіи, не

только въ кровь матери, но и въ органы клѣточныхъ элементовъ послѣда, непосредственно связанныхъ съ венами матери.

Новѣйшія теоріи плацентарнаго происхожденія эклямпсіи базируются какъ на химическихъ, такъ и на біологическихъ изслѣдованіяхъ (Veit, Ascoli, Weichardt, Hofbauer и др.).

Veit считаетъ возникновеніе эклямпсіи на почвѣ проникновенія синтиціальныхъ клѣтокъ въ кровяное русло матери и что въ случаяхъ отсутствія противотѣла синтиціолизину бѣлокъ дѣйствуетъ, какъ ядъ.

Ascoli наоборотъ считаетъ синтиціолизинъ ядовитымъ веществомъ.

Weichardt же видитъ ядъ въ эндотоксинѣ, освобождающемся изъ плацентарныхъ клѣтокъ благодаря синтиціолизину и полагаетъ, что синтиціотоксинъ вызываетъ эклямпсію.

Freund полагаетъ, что плацента играетъ немаловажное значеніе въ обмѣнѣ веществъ, считаетъ плацентарныя клѣтки обладающими значительной энергіей и что въ нормѣ, поступая въ кровь, онѣ обыкновенно подвергаются процессу перевариванія. Въ случахъ какихъ-либо отклоненій получается накопленіе недостаточно расщепленныхъ бѣлковъ плазмы, вызывающихъ ту или другую интоксикацію. Разногласіе существуетъ лишь относительно того, способны ли клѣтки сами по себѣ проявлять ту или иную токсичность, накопляясь въ чрезмѣрномъ количествѣ или же поступая въ кровь онѣ обладаютъ какимъ-либо специфическимъ ферментативнымъ дѣйствіемъ.

Hofbauer на основаніи многочисленныхъ экспериментальныхъ работъ о плацентѣ, о ея физіологической роли, ея составныхъ частяхъ, разсматриваетъ плаценту, какъ железистый органъ, дѣятельность котораго пріурочивается къ присутствію различнаго рода ферментовъ. На основаніи этого онъ разсматриваетъ эклямпсію, какъ интоксикацію, обусловленную ферментами, исходящими отъ послѣда.

Frankl и Handowsky на основаніи своихъ изслѣдованій приходятъ къ выводу, что въ виду богатства ферментовъ въ плацентѣ—возможно объясненіе возникновенія эклямпсіи дѣйствіемъ этихъ ферментовъ.

Zweifel, констатировавъ въ крови и въ мочѣ страдающихъ эклямпсіей большія количества мясо-молочной кислоты, разсматриваетъ это заболѣваніе, какъ кислотную интоксикацію, исходящую, по всей вѣроятности, отъ плода или послѣда.

akushera-lib.ru

Guggisberg на основаніи своихъ наблюденій высказывается, что плацента содержитъ вещества, которыя будучи впрыснуты интравенозно (собакамъ) вызываютъ тяжелое отравленіе (при подкожномъ или брюшномъ введеніи ядъ не дѣйствуетъ). Авторъ полагаетъ, что хотя природа ядовитыхъ веществъ еще не открыта, но, по всей вѣроятности, они ферментативнаго происхожденія и полагаетъ, что въ плацентарномъ токсинѣ есть два компонента, — одинъ, дѣйствуя на кровеносную систему, вызываетъ тромбозъ, другой—токсическій.

Что же касается количества содержимаго яда въ плацентѣ, то, по мнѣнію того же автора, есть плаценты совершенно лишенныя яда.

Dienst полагаетъ, что при эклямпсіи происходитъ усиленный гиперлейкоцитозъ, увеличенный распадъ лейкоцитовъ, а также и увеличеніе фибриногена и фибринъ-фермента и что на этой почвѣ возникаютъ тромбозы, которые въ свою очередь производятъ тѣ или иныя измѣненія разныхъ органовъ.

Финкель на основаніи своихъ опытовъ съ плацентарной эмульсіей приходитъ къ заключенію, что въ человѣческой плацентѣ находится опредѣленное токсическое вещество, которое дѣйствуетъ не только при непосредственномъ попаданіи въ кровь, но и при внутрибрюшномъ. Плацентарный токсинъ, по мнѣнію того же автора, проявляетъ свое дѣйствіе двоякимъ образомъ, во-первыхъ, вызываетъ быстрое свертываніе крови и смерть отъ остановки дыханія, въ другихъ же случаяхъ на первый планъ (при медленномъ дѣйствіи яда) выступаетъ хроническое отравленіе организма, ведущее къ тѣмъ или другимъ измѣненіямъ тканей и органовъ.

Скробанскій, разрабатывая вопросъ о патогенезѣ эклямпсіи, находитъ, что въ плацентарной ткани есть извѣстная ядовитость, дѣйствующая не только на другой видъ животнаго, но и на тотъ же, даже на то животное, отъ котораго взята плацента.

Не вдаваясь въ детали и не перебирая всѣхъ многочисленныхъ работъ послѣдняго времени по этому вопросу можно на основаніи ихъ прійти къ выводу, что если въ настоящее время трудно съ точностью опредѣлить, что именно считать ядомъ въ плацентѣ, найденные ли тѣ или другіе ферменты (протеолитическіе, гликолитическіе, діастатическіе и мн. др.) или же принимать его за клѣточный ядъ, то, во всякомъ слу-

akushergyn-lib.ru

чаѣ, можно на основаніи тѣхъ же данныхъ прійти къ заключенію, что исходнымъ пунктомъ, первопричиной эклямпсіи служитъ плацента и что пораженія нѣкоторыхъ внутреннихъ органовъ, трактовавшіеся и еще теперь трактуемыя отдѣльными авторами, какъ первичныя, вслѣдствіе той или иной недостаточности, нужно разсматривать, какъ пораженія вторичныя, развивающіяся на почвѣ, пока еще неизвѣстныхъ, но далеко не всегда одинаково дѣйствующихъ ядовъ, идущихъ со стороны плаценты.

На ряду съ экспериментальными изслѣдованіями, направленными къ выясненію сущности эклямпсіи, на ряду съ клиническими наблюденіями теченія болѣзни, патолого-анатомы съ своей стороны обращали вниманіе на характеръ измѣненій того или другого органа и, въ настоящее время, мы имѣемъ благодаря, главнымъ образомъ, работамъ Lubarch'a, Schmorl'я и др. болѣе или менѣе опредѣленно выясненную патолого-анатомическую картину пораженія органовъ при эклямпсіи.

Эти авторы доказали на цѣломъ рядѣ вскрытій, что для эклямпсіи существуетъ особая, ей только свойственная картина, особый комплексъ пораженія органовъ, не встрѣчаемый при другихъ заболѣваніяхъ.

Еще въ сороковыхъ годахъ прошлаго столѣтія англійскій акушеръ Lever, впервые обратившій вниманіе на присутствіе бѣлка въ мочѣ эклямптичекъ, тѣмъ самымъ обратилъ вниманіе, какъ клиницистовъ, такъ и патолого-анатомовъ на встрѣчающіяся при этомъ заболѣваніи пораженія почекъ и въ большинствѣ случаевъ констатировались заболѣванія, которыя должны были разсматриваться, какъ дегенеративные процессы (мутное набуханіе, жировое перерожденіе, некрозъ эпителія).

Съ теченіемъ времени, по прошествіи многихъ лѣтъ, благодаря послѣдующимъ вскрытіямъ, отчасти и болѣе детальному разбору каждаго отдѣльнаго случая вниманіе патолого-анатомовъ было обращено на то, что на ряду съ измѣненіями почекъ при эклямпсіи, встрѣчаются пораженія и другихъ органовъ—пораженія типичныя и однородныя.

Такъ еще въ 1888 году Jürgens'омъ было отмѣчено, что при наличности пораженія почекъ при эклямпсіи, также часто встрѣчаются измѣненія и въ печени и что измѣненія эти характерны для эклямпсіи.

akusher-lib.ru

Jürgens полагалъ, что благодаря пораженію печени печеночныя клѣтки попадаютъ въ кровяное русло и разносятся кровянымъ токомъ.

Описанный имъ впервые „Hepatitis haemorragica“ былъ впослѣдствіи подтвержденъ Klebs'омъ на двухъ случаяхъ, а также и другими.

Pilliet же первому принадлежитъ заслуга микроскопическаго изслѣдованія этихъ измѣненій.

Pilliet на основаніи двадцати двухъ случаевъ пришелъ къ заключенію, что печень играетъ немаловажную роль въ патогенезѣ эклямпсіи и разсматривалъ встрѣчаемыя въ ней измѣненія не какъ простыя геморрагіи, а какъ комбинированный процессъ, заключающійся въ пораженіяхъ печеночной паренхимы и печеночныхъ клѣтокъ.

Впослѣдствіи къ такимъ же результатамъ пришли Lubarch, Prutz на основаніи 21 случая.

На ряду съ указаніемъ на частоту пораженія почекъ и печени при эклямпсіи, нѣкоторые авторы указывали на болѣе или менѣе постоянныя измѣненія и другихъ органовъ. Такъ многими авторами отмѣчены пораженія легкихъ, мозга, мозговыхъ оболочекъ (Pels Leusden, Lundberg, Winkler, Lubarch, Schmorl и мн. др.). Lubarch на основаніи своихъ наблюденій высказалъ въ 1895 году предположеніе, что для эклямпсіи существуетъ характерное вскрытіе, Schmorl же въ 1901 году на съѣздѣ въ Giessen'ѣ, категорически заявилъ, что для эклямпсіи существуетъ опредѣленная, патогномоничная для нея картина вскрытія, какъ по совокупности, такъ и по характеру измѣненія органовъ. На основаніи произведенныхъ вскрытій Schmorl говоритъ, что у эклямптичекъ съ большою правильностью встрѣчаются измѣненія извѣстныхъ органовъ.

Измѣненія эти касаются печени, почекъ, мозга и его оболочекъ и сердца.

Въ почкахъ дегенеративные процессы—жировое перерожденіе, мутное набуханіе, некрозъ эпителія извитыхъ и прямыхъ мочевыхъ канальцевъ, въ печени геморрагическіе и анемическіе некрозы, кровоизліянія и незначительныя размягченія въ мозговой корѣ, въ гангліяхъ, въ мозговыхъ оболочкахъ. Бѣлковое и жировое перерожденіе сердечной мышцы.

Что касается заноса въ кровь и въ органы плацентарныхъ

клѣтокъ, то это не считается характернымъ для эклямпсіи, такъ какъ довольно часто встрѣчается безъ нея.

Относительно измѣненій плаценты при эклямпсіи, то какъ показываютъ наблюденія въ этомъ направленіи она обыкновенно не представляетъ какихъ-либо характерныхъ измѣненій.

Улезко-Строганова, Schmorl приходятъ къ заключенію, что найденныя тѣ или иныя измѣненія послѣдовъ не представляютъ изъ себя измѣненій, характерныхъ, исключительно принадлежащихъ эклямпсіи, такъ какъ встрѣчаются и въ другихъ случаяхъ.

Welch по большей части (въ четырнадцати случаяхъ) не находитъ какихъ-либо существенныхъ измѣненій, въ нѣкоторыхъ случаяхъ попадались геморрагическіе инфаркты, дегенерація эпителія, гіалиновое перерожденіе.

Разсматривая вопросъ объ измѣненіяхъ органовъ при эклямпсіи нельзя не коснуться вопроса объ измѣненіяхъ тѣхъ же органовъ у дѣтей эклямптичекъ. Хотя этотъ вопросъ сравнительно мало разработанъ и въ литературѣ встрѣчаются только отдѣльныя указанія на произведенныя у дѣтей вскрытія (Meyer-Wirz, Schmorl и др.)—можно все-таки сказать на основаніи данныхъ этихъ авторовъ, что и у дѣтей встрѣчались измѣненія въ почкахъ, въ печени, въ легкихъ, кровоизліянія въ плевру, въ перикардій, но есть также случаи и безъ всякихъ измѣненій.

Albeck въ 25 случаяхъ вскрытій эклямптичекъ (въ одномъ—безъ судорогъ) находилъ характерныя измѣненія, какъ въ печени, такъ и въ другихъ органахъ.

Взглядъ о совокупности измѣненій органовъ при эклямпсіи и характернымъ для нея вскрытіи былъ впослѣдствіи подтвержденъ многими патолого-анатомами (Meyer-Wirz, Nitzche, Klein, Schmidt и мн. др.).

Meyer-Wirz на основаніи тридцати пяти вскрытій, произведенныхъ въ большинствѣ случавъ Klebs'омъ или Lubarch'омъ приходитъ къ тѣмъ же даннымъ.

Разбирая свои случаи, онъ отмѣчаетъ, что пораженіе почекъ было вездѣ, печень оставалась нормальной только два раза, въ семи случаяхъ сердце не представляло отклоненій отъ нормы; въ одной трети случаевъ были найдены пораженія эндокардія и эпикардія; въ двухъ третяхъ описанныхъ вскрытій пораженія мозга (геморрагіи въ мягкую и твердую мозго-

вую оболочку, отекъ мозга); часто констатировались кровоизліянія въ желудокъ, въ кишечникъ.

Nitzche, основываясь на 19 случаяхъ, приходитъ къ тѣмъ же результатамъ и отмѣчаетъ на ряду съ болѣе или менѣе постоянно встрѣчающимися измѣненіями опредѣленныхъ органовъ—другія измѣненія въ видѣ кровоизліяній въ перикардій, въ плевру, въ околопочечную клѣтчатку. Между прочимъ въ его 19 случаяхъ въ 5 отсутствовали измѣненія въ почкахъ.

Никифоровъ въ описанныхъ имъ двухъ случаяхъ эклямпсіи нашелъ аналогичныя измѣненія: въ обоихъ случаяхъ пораженія печени (мелкіе разсѣянные тромбозы, некрозъ печеночныхъ клѣтокъ, геморрагія), измѣненія въ легкихъ, очень рѣзко измѣненъ мозгъ (тромбозъ и размягченіе), въ почкахъ измѣненій не оказалось.

Ягодинскій въ 8 случаяхъ нашелъ бѣлковое и жировое перерожденіе нервныхъ клѣтокъ—въ нѣкоторыхъ клѣткахъ полное омертвѣніе; въ мозговой корѣ, въ узлахъ мозга перерожденіе нервныхъ клѣтокъ.

Массенъ изслѣдовалъ органы отъ 11 женщинъ. Почки были нормальны только въ одномъ случаѣ (патологическія измѣненія носили острый характеръ). Печень (изъ 9 сл.) только въ одномъ случаѣ не представляла серьезныхъ измѣненій. Кромѣ того отмѣчались измѣненія и другихъ органовъ (сердца, мозга и др).

Schmorl на основаніи 73 вскрытій (только въ одномъ случаѣ не имѣлъ пораженія почекъ (приходитъ къ заключенію, что во-первыхъ пораженія печени встрѣчаются также часто, какъ и пораженія почекъ, во-вторыхъ, что встрѣчаются случаи аналогичнаго пораженія печени безъ измѣненій почекъ и это служитъ лучшимъ доказательствомъ того, что заболѣванія печени при эклямпсіи нельзя разсматривать, какъ заболѣванія, возникающія на почвѣ пораженія почекъ.

Какъ извѣстно раньше Winkler, а также и Pels Leusden трактовали встрѣчающіеся въ печени некрозы, какъ уремическаго происхожденія, что такъ называемый „Hepatitis haemorragica“ встрѣчается и при другихъ заболѣваніяхъ и что главную роль въ его возникновеніи играетъ нефритъ.

Въ виду того, что Schmorl'ю приходилось наблюдать такія же измѣненія въ печени при эклямпсіи и безъ наличности

пораженія почекъ, онъ не могъ разсматривать ихъ, какъ уремическаго происхожденія.

Впослѣдствіи, какъ извѣстно, цѣлымъ рядомъ авторовъ описаны подобные же случаи съ незатронутыми почками.

Что же касается мнѣнія отдѣльныхъ авторовъ (Weber), что измѣненія эти встрѣчаются и при другихъ страданіяхъ и что появленіе ихъ обязано судорогамъ было также весьма доказательно опровергнуто Schmorl'емъ, показавшимъ, что при эпилепсіи ему ни разу не приходилось наблюдать подобныхъ измѣненій.

Schmorl, первый установившій и доказавшій характерную патолого-анатомическую картину при эклямпсіи полагаетъ, что эта совокупность измѣненія органовъ не встрѣчается ни при какомъ другомъ заболѣваніи, но однако не исключаетъ возможности, что въ томъ или другомъ случаѣ какой-либо изъ органовъ останется неповрежденнымъ; въ этомъ отношеніи онъ проводитъ очень интересную аналогію между другими заболѣваніями того или иного происхожденія, для которыхъ существуетъ характерная картина вскрытія и измѣненія органовъ, что отсутствіе пораженія какого-либо изъ органовъ не говоритъ противъ наличности даннаго заболѣванія.

Тотъ же авторъ приходитъ къ выводу на основаніи многочисленнаго матеріала въ Лейпцигѣ и Дрезденѣ, что ни при какомъ другомъ заболѣваніи не встрѣчается подобный симптомокомплексъ пораженія органовъ и замѣчаетъ при этомъ, что отдѣльныя подобныя измѣненія наблюдаются и при другихъ заболѣваніяхъ, но для эклямпсіи является характернымъ не пораженіе какого-либо органа въ отдѣльности, а совокупность измѣненій.

На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ Schmorl пришелъ къ заключенію, что могутъ быть такіе случаи эклямпсіи, гдѣ можетъ видоизмѣняться клиническая картина болѣзни, ея теченіе представлять извѣстную неясность и трудность діагноза, что можетъ отсутствовать какой-либо изъ симптомовъ заболѣванія, въ частности одинъ изъ главныхъ и самыхъ частыхъ, а именно судороги и что все-таки такіе случаи должны трактоваться, какъ атипическія формы эклямпсіи, какъ „эклямпсія безъ судорогъ“, такъ какъ аутопсія говоритъ за нее, несмотря на то, что больная попала на секціонный столъ съ другимъ клиническимъ діагнозомъ [Anaemia gravis post par-

tum, Uraemia, Sepsis (молніеносный)] и въ клиническомъ теченіи болѣзни преваривовали другіе симптомы.

Эти данныя патолого-анатомовъ поколебали основное понятіе эклямпсіи, такъ какъ раньше подъ понятіемъ эклямпсіи, а также однимъ изъ главныхъ ея симптомовъ считались судороги и безъ судорогъ не могло быть и рѣчи объ эклямпсіи и такъ сказать все ея теченіе пріурочивалось, какъ думали, именно къ припадкамъ, къ ихъ частотѣ, силѣ и на ряду съ другими побочными симптомами служило также однимъ изъ главныхъ признаковъ для прогноза.

Взглядъ объ „атипическомъ“ теченіи эклямпсіи, о такъ называемой „эклямпсіи безъ судорогъ“, высказанный впервые патолого-анатомами въ данный моментъ нисколько не противорѣчитъ понятію эклямпсіи, какъ по клинической картинѣ, такъ и по даннымъ, полученнымъ многочисленными біологическими и химическими экспериментальными работами.

Какъ извѣстно, и, какъ нами уже указывалось раньше, исходнымъ пунктомъ возникновенія эклямпсіи считается интоксикація. Принимая во вниманіе, что эклямпсія есть аутоинтоксикація, мы тѣмъ самымъ нисколько не съуживая этого понятія, а понимая его въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова, полагаемъ, что проявленіе ея въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ не обязательно въ какой-либо опредѣленной, планомѣрной, строго-установленной формѣ, а что наоборотъ оно можетъ значительно варьировать и видоизмѣняться въ зависимости отъ различныхъ причинъ и клинически протекать безъ наличности тѣхъ или иныхъ общепринятыхъ симптомовъ, въ особенности, если принять во вниманіе извѣстную сопротивляемость организма, его индивидуальныя особенности, а также и locus minoris resistentiae.

Если основываться только на клиническихъ данныхъ — клиническомъ теченіи каждаго отдѣльнаго случая, то мы увидимъ, что дѣло не ограничивается только внѣшнимъ проявленіемъ болѣзни — припадками (на ряду съ другими видимыми и типичными для эклямпсіи продормальными симптомами), которые не играютъ ужъ такой доминирующей роли въ заболѣваніи, въ особенности, если разсматривать ихъ какъ реакцію нервной ткани на отравляющее дѣйствіе токсиновъ, а что въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ на лицо и и пораженія цѣлой группы внутреннихъ органовъ, опять таки

не всегда проявляющіяся въ опредѣленной формѣ и масштабѣ. Всегда мы имѣемъ (по крайней мѣрѣ очень часто) преобладаніе того или другого симптома въ теченіе болѣзни: иной разъ отравленіе это сильнѣе сказывается на функціяхъ почекъ, печени, въ другихъ же случаяхъ главнымъ образомъ поражается сердце или нервная система.

Вопросъ о томъ, что же именно считать за эклямпсію безъ судорогъ, какіе случаи причислить къ этой категоріи, тѣ ли, гдѣ мы имѣемъ наивысшее отравленіе центральной нервной системы и вслѣдствіе ея паралича у насъ отсутствуютъ судороги (Schmorl) или же случаи, гдѣ отравляющее дѣйствіе токсиновъ, проявившее себя тѣмъ или инымъ образомъ, не оказало еще своего вреднаго дѣйствія на центральную нервную систему и не вызвало судорогъ.

Мы скорѣе склонны разсматривать случаи эклямпсіи безъ судорогъ съ точки зрѣнія Schmorl'я, а именно считаемъ ихъ, какъ возникающія на почвѣ наиболѣе тяжелаго (въ большинствѣ случаевъ гибельнаго) отравленія центральной нервной системы, послѣдующаго ея паралича, такъ какъ очень трудно предположить, чтобы имѣя на лицо общее рѣзкое отравленіе организма, центральная нервная система оставалась бы неповрежденной.

Этотъ взглядъ находитъ себѣ извѣстное подтвержденіе и въ клиническомъ теченіи болѣзни, такъ какъ каждому клиницисту у постели больной приходилось наблюдать, что внезапное прекращеніе припадковъ послѣ цѣлаго ряда ихъ слѣдованія съ извѣстной постепенностью, правильностью и интенсивностью при продолжающемся тяжеломъ коматозномъ состояніи, при значительномъ повышеніи кровяного давленія, начинающемся отекѣ легкихъ и нѣкоторыхъ другихъ симптомахъ служитъ плохимъ прогнозомъ, говорящимъ за переполненіе организма ядами, за потерю способности и за невозможность болѣе сопротивляться.

Съ другой стороны мы не можемъ не указать на мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ (Albeck), описавшихъ случаи эклямпсіи безъ судорогъ, что могутъ быть такіе случаи эклямпсіи, гдѣ на лицо существуетъ цѣлый рядъ продормальныхъ симптомовъ этого заболѣванія (отеки, альбуминурія, разстройство зрѣнія, головная боль, рвота, боли въ подложечной области и нѣк. др.), до судорогъ же дѣло еще не дошло и что эти случаи могутъ

трактоваться какъ эклямпсія, такъ какъ считаютъ, что только въ очень рѣдкихъ случаяхъ эклямпсія начинается безъ стадіи предвѣстниковъ и что эти продормальные симптомы есть уже начало заболѣванія.

Въ доказательство того, что эти случаи надо считать за эклямпсію безъ судорогъ, Albeck приводитъ не только наличность продормальныхъ симптомовъ, но и то, что всѣ они быстро и безслѣдно исчезали послѣ родовъ и что если бы онъ въ томъ или другомъ случаѣ не предпринялъ бы ускоренія родовъ, а представилъ бы ихъ силамъ природы — возможно было бы осложненіе ихъ припадками.

Не раздѣляя вполнѣ мнѣнія Albeck'а, мы полагаемъ, что если и возможно разсматривать стадіи предвѣстниковъ эклямпсіи, какъ само заболѣваніе или, по крайней мѣрѣ, какъ начало его, то съ другой стороны такіе случаи не могутъ быть внесены въ рубрику типической эклямпсіи безъ судорогъ, такъ какъ ея исходнымъ пунктомъ является наивысшее дѣйствіе токсиновъ, наибольшее отравленіе организма, въ громадномъ большинствѣ случаевъ ведущее къ летальному исходу. Вопросъ о пріемлемости подвида эклямпсіи, какъ такового, въ видѣ эклямпсіи безъ судорогъ, мы должны считать, несмотря на единичныя возраженія, рѣшеннымъ въ положительномъ смыслѣ.

Если мы отклонили послѣ многихъ лѣтъ понятіе объ эклямпсіи, какъ объ уреміи, то теперь у насъ есть данныя, на основаніи которыхъ мы можемъ прійти къ заключенію, что эклямпсія, возникающая на почвѣ аутоинтоксикаціи не есть заболѣваніе какого-нибудь отдѣльнаго органа, а есть заболѣваніе всего организма in toto, эклямпсія есть понятіе родовое, собирательное.

Мы вмѣстѣ съ тѣмъ должны признать, что бываютъ такіе случаи эклямпсіи, гдѣ судороги отсутствуютъ и что эти случаи должны трактоваться не какъ „атипическая", „абортивная", „рудиментарная", не какъ „Eclampsia sine eclampsia", а какъ вполнѣ самостоятельный, типическій подвидъ эклямпсіи, какъ эклямпсія безъ судорогъ.

Въ прошломъ году въ весеннемъ учебномъ полугодіи нами въ клиникѣ наблюдался случай, который мы не можемъ трактовать иначе, какъ случай эклямпсіи безъ судорогъ.

akusher-lib.ru

№ 306 пріемнаго журнала.

25 марта 1912 года въ Акушерскую клинику, въ 7 часовъ вечера поступила больная А. З., 35 лѣтъ, 6-рага, сидѣлка Морозовской больницы.

При поступленіи жалобы на затрудненное дыханіе, головную боль и сильныя боли въ подложечной области.

T° при поступленіи 37,1, пульсъ нормальный, средняго напряженія около 90.

Средняго тѣлосложенія, довольно полная особа.

Изъ разспросовъ удалось выяснить, что крови носитъ съ 15 лѣтъ, установились сразу, ходятъ по 6—7 дней, черезъ 3 недѣли, безъ боли, послѣ замужества стали ходить по 3—4 дня.

Послѣднія крови 15 іюля, въ срокъ, нормально.

Предыдущихъ беременностей 5, родовъ срочныхъ 5, дѣти всѣ мертвые.

При первыхъ родахъ, бывшихъ въ деревнѣ fistula vesico-vaginalis, впослѣдствіи операція въ Басманной больницѣ.

Вторые роды въ деревнѣ—мертвый ребенокъ.

3-е, 4-е и 5-е роды—щипцы, мертвыя дѣти (3-е въ больницѣ, 4-е въ клиникѣ, поступила изъ какого-то пріюта, 5-е въ Воспитательномъ Домѣ).

При послѣднихъ родахъ, бывшихъ 6 лѣтъ тому назадъ, разрывъ промежности, зашитый впослѣдствіи черезъ 3 года.

Никакихъ заболѣваній нервной системы не отмѣчается, lues отрицается.

Размѣры таза—32, 27½, 29, 17, 9½ (на внутренней поверхности лобковой кости прощупывается наростъ, величиной въ большую горошину хрящевидной консистенціи).

При наружномъ изслѣдованіи обнаружено: предлежитъ головка, надъ входомъ въ тазъ, спинка плода влѣво, мелкія части справа, сердцебіеніе плода не прослушивается.

Дно матки на два поперечныхъ пальца выше пупка, объемъ живота на уровнѣ пупка 95 ctm,

Движенія плода съ 5 ноября, послѣдніе дни пересталъ шевелиться.

Рѣдкія, слабыя схватки.

Незначительное кровотеченіе.

Поступила безъ водъ—прошли 25 марта въ 11 час. утра.

При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: шейки нѣтъ, вмѣсто тѣла шейки матки прощупывается съ лѣвой стороны

влагалища небольшое отверстіе. На передней стѣнкѣ влагалища небольшой рубецъ, величиной около 3—4 ctm. Предлежитъ головка надъ входомъ въ тазъ.

При измѣреніи conjugata diagonalis обнаруженъ выше описанный наростъ на внутренней поверхности лобковой кости.

Съ 8 часовъ вечера схватки стали чаще и сильнѣе. Больная все время въ сознаніи, временами жалуется на сильную боль въ подложечной области. Видитъ хорошо. Небольшое кровотеченіе.

Въ 9 часовъ вечера открытіе 1½ пальца, головка надъ входомъ, водъ нѣтъ.

Въ 10 час. 50 мин. веч. — полное открытіе, головка во входѣ въ тазъ.

Въ 11 час. вечера родился ребенокъ мертвый, вѣсомъ въ 2050 гр., вслѣдъ за которымъ вышло много сгустковъ, а за ними послѣдъ. Большая часть послѣда занята кровоизліяніями стараго происхожденія.

Послѣ родовъ матка хорошо сократилась, послѣдовательнаго кровотеченія не было; пульсъ 90, t° 37,1, общій видъ больной удовлетворительный, жалуется на боль въ подложечной области, видитъ хорошо.

26/III въ 2 часа ночи, черезъ три часа послѣ родовъ, общее состояніе безъ перемѣнъ и больная была переправлена изъ родильни въ палату.

26/III съ трехъ часовъ ночи, черезъ четыре часа послѣ родовъ, больная стала жаловаться на сильную головную боль, говоритъ, что сходитъ съума, плохо видитъ, временами незначительныя судорожныя подергиванія отдѣльныхъ лицевыхъ мускульныхъ группъ. Безспокойное состояніе.

1 26/III въ 6 часовъ утра (въ теченіе пяти минутъ) безсознательное коматозное состояніе, сопорозное дыханіе, зрачки кверху, P. 108, напряженный, t° 36,6.

Morphium 0,015 подъ кожу.

Черезъ нѣкоторое время, хотя дыханіе и пульсъ улучшились, но въ сознаніе больная не пришла.

Общее состояніе больной напоминало состояніе послѣ эклямптическаго приступа.

2 Въ 7 час. 30 мин. утра вторичное коматозное состояніе въ теченіе пяти минутъ. P. 140.

akusher-lib.ru

Черезъ нѣкоторое время пульсъ, дыханіе улучшились, но въ сознаніе больная не пришла.

Въ 7 час 55 мин. у. t° 38,0.

Въ 8 час. утра въ виду сильнаго безпокойнаго состоянія больной вторичная инъекція Morphü 0,015.

Въ 8 час. 23 мин утра P. 100, ровное дыханіе, безъ сознанія.

Въ 9 час. утра желтушная окраска лица, склеры. Больная понемногу приходитъ въ себя, полнаго сознанія нѣтъ, при обращеніи къ ней открываетъ глаза, P. 84, напряженный. Реакціи зрачковъ нѣтъ, ничего не видитъ.

Въ 9 ч. 45 м. у. полнаго сознанія нѣтъ.

3 Въ 10 час. 5 мин. у.—кома, сопорозное дыханіе, судорожныя сокращенія, подергиванія лицевыхъ мышцъ (такое состояніе продолжалось около шести минутъ) P. 110.

Въ 10 ч. 15 м. у. дыханіе чище, безъ сознанія, t° 38,0.

Въ 11 ч. 45 м. клизма изъ желтковъ + ol. Ricini въ количествѣ 5 стакановъ въ 28°.

Въ 1 ч. 20 м. дня больная въ полусознаніи. Рѣзкая чувствительность въ подложечной области.

Рѣзко выраженная желтуха лица и всего тѣла.

Съ трудомъ и смутно отвѣчаетъ на предлагаемые ей вопросы. Ничего не видитъ.

Въ 2 часа 5 мин въ полузабытьи, въ полубезсознаніи. P. 120.

26/III въ 2 часа 35 мин. дня спущена моча (раньше пробовали, но мочи получить не удавалось) въ количествѣ 20 куб. цент., цвѣта кофейной гущи. Бѣлка по Esbach'у 18%.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено: отдѣльные лейкоциты, небольшое количество выщелоченныхъ эритроцитовъ, эпителіальные, гіалиновые и зернистые цилиндры въ количествѣ около 6—8 въ препаратѣ, почечный эпителій (въ весьма незначительномъ количествѣ), клѣтки влагалищнаго эпителія.

26/III въ 3 часа 45 мин. дня P. 130, t° 38,7.

Весь день въ полное сознаніе больная не приходила.

Въ 8 час. 5 мин. веч. t° 37,6, почти въ сознаніи. Даны среднія соли. P. 108. Жалуется на головную боль. Рѣзкая чувствительность и болѣзненность при незначительномъ, нѣж-

akusher-lib.ru

номъ надавливаніи на подложечную область. Печень значительно выступаетъ изъ-подъ края реберъ.

Зрѣніе лучше, хотя видитъ въ туманѣ, но различаетъ цвѣта.

Въ 9 час. 15 мин. веч.—общее состояніе безъ перемѣнъ, пульсъ немного чаще—124.

Въ 9 час. 30 мин. веч. въ виду полнаго отсутствія мочи Diuretini 0,3.

Въ 12 час. 42 мин. ночи больная сразу стала впадать въ безсознательное состояніе, говорить отдѣльныя отрывчатыя фразы, безсвязныя слова, пульсъ сразу сталъ слабѣе, временами совсѣмъ пропадалъ и не прощупывался и черезъ 33 минуты послѣ начала этого состоянія, несмотря на принимаемыя мѣры (Coffein., Ol. Camphor подъ кожу) сердечная дѣятельность прогрессивно падала и больная скончалась при явленіяхъ паралича сердца и отека легкихъ.

Клиническій діагнозъ—Эклямпсія безъ судорогъ.

Данныя аутопсіи.

Макроскопически найдено: Мозгъ малокровный, отечный, кровоизліянія въ мозговыя оболочки нѣтъ, точечное кровоизліяніе въ Corpus striatum, въ nucleus lenticularis праваго полушарія.

Сердце—паренхиматозное перерожденіе, дряблость и мутность мускулатуры, въ полости много кровяныхъ сгустковъ.

Въ легкихъ застойныя явленія, небольшой отекъ.

Печень значительно увеличена (почти всѣ размѣры на 3 ctm), на наружной поверхности некротическіе участки на разрѣзѣ—венозный застой, отекъ, некрозъ ткани.

Почки значительно увеличены, отечны, венозный застой, мѣстами некрозъ ткани, измѣнены въ цвѣтѣ (грязно-краснаго цвѣта).

Мочевой пузырь пустъ, кровоизліянія нѣтъ.

При вскрытіи обнаружено много кровянистой жидкости, какъ въ грудной, такъ и въ брюшной полости; значительное кровоизліяніе въ жировую околопочечную клѣтчатку, кровоизліяніе въ шейную клѣтчатку и небольшое кровоизліяніе въ широкую связку съ лѣвой стороны.

Разрывовъ нигдѣ нѣтъ.

akusher-lib.ru

Брюшина вездѣ гладкая, блестящая.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Мозгъ—отдѣльные некротическіе участки, нервная ткань въ общемъ плохо красится, нервныя клѣтки плохо контурируются, клѣтки гліи сравнительно сохранены. Въ общемъ ткань мозга мутна, мѣстами зерниста.

Кровоизліяніе трудно отмѣтить въ виду некроза ткани.

Сердце—обильное, диффузное кровоизліяніе въ сердечную мышцу, ткань некротизирована.

Почки—общій некрозъ ткани, распадъ эпителія прямыхъ и извитыхъ мочевыхъ канальцевъ.

Печень—некрозъ ткани.

Въ легкихъ—явленія рѣзкой эмфиземы, значительно выраженный Anthracosis, мѣстами (хроническій процессъ), некрозъ ткани.

Селезенка—сплошной некрозъ ткани.

Грудная железа, pancreas—idem. Glandula thyreoidea—нерѣзко выраженный коллоидъ, некрозъ ткани.

Въ маткѣ особыхъ измѣненій нѣтъ, некрозъ главнымъ образомъ межуточной ткани,

Анатомическій діагнозъ—Necrosis viscerum.

Позволю себѣ здѣсь выразить свою сердечную признательность д-ру И. В. Давыдовскому за разъясненіе нѣкоторыхъ неясныхъ мѣстъ въ препаратахъ.

Разбирая нашъ случай, мы прежде всего остановимся на клинической картинѣ, такъ какъ считаемъ, что для клинициста въ большинствѣ случаевъ имѣетъ значеніе именно клиническое теченіе болѣзни, послѣдующая же аутопсія является дополняющей, подтверждающей клиническій діагнозъ, правда нерѣдко и разъясняющей нѣкоторыя неясности прижизненыхъ патологическихъ явленій. Мы въ этомъ отношеніи принципіально не согласны съ нѣкоторыми авторами (Biekenbach и др.), что діагнозъ эклямпсіи безъ судорогъ можетъ быть поставленъ только на секціонномъ столѣ—мы лично придаемъ большое значеніе клиническому наблюденію болѣзни въ связи съ жалобами, общимъ видомъ больной и тѣми или иными симптомами.

И въ нашемъ случаѣ на основаніи клинической картины процесса нами и былъ поставленъ прижизненный діагнозъ эклямпсіи безъ судорогъ.

akusher-lib.ru

Хотя съ другой стороны мы не исключаемъ возможности, что въ тѣхъ или иныхъ случаяхъ при отсутствіи всякихъ симптомовъ діагностика можетъ быть поставлена только при аутопсіи.

Намъ извѣстно, что у заболѣвшихъ эклямпсіей бываетъ цѣлый рядъ предвѣстниковъ — продромальныхъ симптомовъ, довольно такихъ характерныхъ для этого страданія. У нашей больной были на лицо нѣкоторые изъ этихъ симптомовъ, наиболѣе часто встрѣчающихся и мы имѣли основаніе съ самого же начала, еще при ея поступленіи предположить возможность возникновенія эклямпсіи въ той или иной формѣ. За это говорилъ прежде всего общій видъ больной, производившій впечатлѣніе тяжело отравленной, затѣмъ жалобы на головную боль, боли въ подложечной области, затрудненное дыханіе.

Хотя мы впослѣдствіи и не видѣли классическаго проявленія этой болѣзни, такъ какъ на лицо не было наиболѣе часто встрѣчающагося симптома—судорогъ, мы тѣмъ не менѣе по всему дальнѣйшему клиническому теченію болѣзни, съ прогрессирующимъ отравленіемъ организма, при усиливающейся желтухѣ, ануріи—пришли къ заключенію, что имѣемъ дѣло съ эклямпсіей, съ ея рѣдко встрѣчающейся формой, а именно съ эклямпсіей безъ судорогъ.

Конечно, по теченію болѣзни, возможно было, кромѣ эклямпсіи безъ судорогъ, предположить какой-нибудь другой остро протекающій процессъ, какъ-то уремію, молніеносный сепсисъ, какое-нибудь острое отравленіе или, наконецъ, болѣзнь Weil'я.

Что касается уреміи, то мы, полагаемъ, что ея не было въ нашемъ случаѣ, заболѣваніе же почекъ точно также, какъ и появленіе желтухи, равно какъ и пораженія другихъ органовъ — мы разсматриваемъ, какъ пораженія вторичныя и не считаемъ въ данномъ случаѣ ни заболѣваніе печени или почекъ въ отдѣльности первопричиной процесса.

Что касается совмѣстнаго пораженія почекъ и печени, то, если мы, по предложенію Wendt'а обратимся къ литературнымъ даннымъ, то дѣйствительно увидимъ, что оно, если не исключительно, то во всякомъ случаѣ наиболѣе часто встрѣчается при эклямпсіи. Какъ извѣстно давно уже находили связь между заболѣваніями печени, почкой беременныхъ и эклямпсіей. Какъ нами уже указывалось, сначала полагали, что тѣ или другія измѣненія въ печени при эклямпсіи на-

ходятся въ зависимости отъ заболѣванія почекъ, бываютъ при уреміи, по Schmorl доказалъ, что бываютъ случаи аналогичнаго пораженія печени и безъ наличности болѣзни почекъ,— слѣдовательно тѣ или иные патологическіе процессы въ печени при эклямпсіи не являются слѣдствіемъ пораженія почекъ.

Что касается вопроса о быстро протекающемъ сепсисѣ, то несмотря на первоначально кажущуюся возможность этого заболѣванія въ описанномъ случаѣ, впослѣдствіи при болѣе детальномъ обзорѣ процессъ этотъ безусловно исключается.

Съ клинической стороны мы не имѣли никакихъ указаній со стороны гениталій, не было явленій раздраженія брюшины.

Анатомически мы находимъ себѣ подтвержденіе. Брюшина вездѣ гладкая, блестящая, въ половыхъ органахъ никакихъ измѣненій.

Правда въ брюшной полости были найдены какія-то палочки, но, во всякомъ случаѣ мы не можемъ считать ихъ первопричиной заболѣванія, такъ какъ полагаемъ, что обладая колоссальной вирулентностью, чтобы вызвать такой острый процессъ, онѣ неминуемо должны были поразить брюшину—клиническая же картина болѣзни указываетъ намъ на отсутствіе перитонита, да и при аутопсіи не удалось отмѣтить какихъ-либо измѣненій въ брюшинѣ.

Что же касается нахожденія мѣстами микроорганизмовъ въ нѣкоторыхъ тканяхъ организма, то мы вполнѣ присоединяемся къ мнѣнію Гусакова (Schmauss), что явленіе это посмертное. Клинически опять таки это у насъ ничѣмъ не проявилось — не было не только ознобовъ, но и небольшихъ „познабливаній“, объяснить же незначительную субфебрильную температуру внѣдреніемъ этихъ палочекъ мы опять таки не можемъ.

Съ другой стороны мы вполнѣ согласны съ Скробанскимъ, что, „хотя можно смѣшать эклямпсію съ сепсисомъ, но все-таки при эклямпсіи на первый планъ выступаютъ явленія мозгового характера, чего обычно не бываетъ при сепсисѣ“.

Предположить какое-либо острое отравленіе въ данномъ заболѣваніи у насъ не было достаточныхъ основаній, что же касается болѣзни Weil'я, то въ клинической картинѣ нашего случая есть данныя, говорящія противъ нея.

Прійдя клинически къ убѣжденію, что мы имѣли дѣло съ эклямпсіей безъ судорогъ, мы не встрѣтимъ себѣ противо-

рѣчія, если обратимся къ микроскопической картинѣ нашего случая. Въ описываемомъ нами случаѣ всѣ измѣненія органовъ были настолько рѣзко выражены, что вездѣ почти дѣло дошло до полнаго некроза ткани.

Случаи эклямпсіи безъ судорогъ описываются сравнительно недавно, въ заграничной литературѣ насчитываются единицами, въ нашей же русской, насколько намъ извѣстно, существуютъ только 2 случая д-ра Гусакова, сообщенные имъ въ его статьѣ „къ симптоматологіи и діагностикѣ эклямпсіи", случай Федорова, Кацнельсона, 2 случая Строганова (1 случай, наблюдавшійся д-ромъ Гофманомъ) и случай Лиховецера.

Но если принять во вниманіе, что само понятіе эклямпсіи безъ судорогъ сравнительно недавно введено въ общую терминологію и что не такъ давно установлена патогномоничная для эклямпсіи патолого-анатомическая картина, то станетъ понятно, что этотъ видъ эклямпсіи встрѣчался и раньше, но въ виду отсутствія болѣе или менѣе положительныхъ знаній просматривался и летальный исходъ объяснялся другой причиной, какъ съ клинической, такъ и съ анатомической стороны.

Мы вполнѣ присоединяемся къ мнѣнію Bickenbach'a что правильное клиническое наблюденіе, всестороннее освѣщеніе каждаго случая эклямпсіи безъ судорогъ существуетъ не болѣе двухъ лѣтъ.

Seitz въ 1909 году собралъ 17 случаевъ эклямпсіи безъ судорогъ, съ сообщеніемъ собственнаго случая, причемъ на 147 эклямпсій только разъ была эклямпсія безъ судорогъ. Seitz, отмѣчая, что въ послѣднее время описаны случаи съ прижизненнымъ діагнозомъ, придаетъ этимъ случаямъ большое значеніе.

Гусаковъ въ своей статьѣ приводитъ 16 случаевъ изъ литературы съ общимъ % смертности 77. Гусаковъ полагаетъ, что у насъ до новѣйшаго времени нѣтъ еще ни одного вѣрнаго, какъ патолого-анатомическаго, такъ и клиническаго симптома въ эклямпсіи, на основаніи отсутствія котораго можно было бы опровергнуть и отсутствіе этого заболѣванія.

Schmidt въ 1911 году приводитъ 24 случая эклямпсіи безъ судорогъ, но авторъ бралъ исключительно случаи, провѣренные вскрытіемъ и полагаетъ, что выздоровѣвшіе — не доказательны.

Разбирая довольно подробно приводимые случаи, авторъ отмѣчаетъ, что во всѣхъ случаяхъ такъ или иначе сказывалось тяжелое отравленіе и въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ за это говорили клиническіе симптомы (отеки, альбуминурія, тошнота, рвота, разстройство зрѣнія, боли въ Epigastrium и т. д.).

Schmidt на основаніи собранныхъ ими случаевъ отмѣчаетъ встрѣчающіяся нерѣдко при этомъ заболѣваніи аномаліи со стороны послѣда — не разъ встрѣчалось и преждевременное отдѣленіе послѣда, удаленіе по Credé и ручное отдѣленіе его.

Что касается прижизненнаго клиническаго діагноза, то въ большинствѣ случаевъ онъ не ставился и только вскрытіе открывало данное заболѣваніе. Schmidt полагаетъ, что можно быть сторонникомъ быстраго родоразрѣшенія или же ждать лучшихъ результатовъ отъ выжидательнаго метода, но самое важное это быстро поставить діагнозъ.

Schickele полагаетъ, что въ случаяхъ эклямпсіи безъ судорогъ мы имѣемъ тѣ же симптомы, что и при эклямпсіи съ судорогами; одними изъ первыхъ симптомовъ „атипической" эклямпсіи авторъ считаетъ церебральные—кома, головная боль, общее безпокойство.

Кромѣ того по мнѣнію Schickele въ большинствѣ случаевъ наблюдается повышенная температура и что въ случаяхъ, молніеносно протекшихъ органы бываютъ мало поражены.

Albeck, описывая 12 случаевъ эклямпсіи безъ судорогъ (на 161 случай), имѣлъ въ 11 случаяхъ выздоровленіе. Онъ отмѣчаетъ на основаніи своихъ случаевъ, что вообще эклямпсія рѣдко возникаетъ безъ продромальныхъ симптомовъ, разсматриваетъ эти симптомы какъ начало заболѣванія, а кромѣ того подтверждаетъ взглядъ большинства авторовъ, описавшихъ случай эклямпсіи безъ судорогъ (за исключеніемъ, правда, единичныхъ случаевъ—Schmidt'а и нѣкот. др.), что главнымъ симптомомъ ея является кома и что тамъ, гдѣ секціей была опредѣлена эклямпсія — всѣ больныя передъ смертью были въ безсознательномъ коматозномъ состояніи.

Bar полагаетъ, что явленія, наблюдаемыя при эклямпсіи безъ судорогъ—есть настоящіе эклямптическіе припадки съ той только разницей, что они не сопровождаются обычными судорогами.

Таблица 1-ая.

Авторы.	Общее число случаевъ.	Выздоровѣло.	Умерло.
1. Albeck	12	11	1
2. Bauer	1	1	0
3. Bickenbach	1	0	1
4. Binder	1	1	0
5. Bouffe de St. Blaise . . .	1	0	1
6. Brunet	4	1	3
7. Wenus	1	0	1
8. Wendt	1	0	1
9. Heinrisdorff	1	0	1
10. Гусаковъ	2	0	2
11. Esch	4	0	4
12. Jardine	2	1	1
13. Кацнельсонъ	1	0	1
14. Лиховецеръ	1	0	1
15. Macé u-Gaillard	1	1	0
16. Meyer-Wirz	1	0	1
17. Poten	1	0	1
18. Raubitschek	1	0	1
19. Reinecke	1	0	1
20. Seitz	1	0	1
21. Селицкій	1	0	1
22. Строгановъ	2	0	2
23. Федоровъ	1	0	1
24. Fëlländer	2	0	2
25. Chirie u Stern	1	0	1
26. Schlutius	1	1	0
27. Schmidt	1	0	1
28. Schmorl	3	0	3
Общій % см. = 66,6 % .	51	17	34

akusher-lib.ru

Съ другой стороны есть авторы (Poten, Brunet), полагающіе, что нельзя считать за эклямпсію случаи, гдѣ отсутствуетъ одинъ изъ главныхъ ея симптомовъ—судороги.

Poten описывая свои случай (случай, который трактуется большинствомъ авторовъ на основаніи вскрытія, какъ эклямпсія безъ судорогъ) подъ именемъ смертельнаго нефрита, полагаетъ, что разъ отсутствуютъ характерныя судороги—это есть нефритъ—пораженіе почекъ, а не эклямпсія и что такой нефритъ можетъ вести къ дальнѣйшимъ измѣненіямъ въ другихъ органахъ.

Точно также и Brunet полагаетъ, что разница между эклямпсіей и нефритомъ беременныхъ и заключается въ томъ, что въ послѣднемъ отсутствуютъ судороги.

Намъ удалось собрать въ доступной намъ литературѣ 51 случай эклямпсіи безъ судорогъ съ общимъ % смертности 66,6 причемъ мы включили въ это число, какъ случаи не провѣренные вскрытіемъ, такъ и выздоровѣвшіе случаи.

Разсматривая вышеприведенную таблицу, констатируя значительный общій % смертности (66,6%) при этой формѣ эклямпсіи, мы невольно встрѣтимъ нѣкоторое противорѣчіе въ случаяхъ, описанныхъ Albeck'омъ, который на 12 случаевъ эклямпсіи безъ судорогъ имѣлъ только одинъ летальный исходъ, иначе говоря только 8,3% смертности противъ общаго 66,6%.

Albeck, какъ мы уже указывали, считаетъ продромальную стадію эклямпсіи уже за само заболѣваніе и полагаетъ, что если въ дальнѣйшемъ теченіи не появляются судороги, то такіе случаи могутъ трактоваться, какъ эклямпсія безъ судорогъ.

Вполнѣ соглашаясь съ Albeck'омъ, что эклямпсія только въ рѣдкихъ случаяхъ возникаетъ безъ наличности продромальныхъ симптомовъ, мы въ то же время не можемъ считать одну только стадію предвѣстниковъ самымъ заболѣваніемъ, даже его началомъ, такъ какъ намъ, также какъ и многимъ другимъ, приходилось въ клинической жизни не разъ наблюдать случаи съ рѣзко выраженными продромальными симптомами, съ интенсивными явленіями отравленія организма, тѣмъ не менѣе въ такихъ случаяхъ мы далеко не всегда видѣли впослѣдствіи эклямпсію.

Считая эту стадію предвѣстниковъ уже извѣстнымъ отравленіемъ организма, придавая имъ существенное значеніе, мы въ то же время не можемъ признать ихъ за эклямпсію, полагая, что эта стадія при дальнѣйшемъ прогрессирующемъ

akusher.ru

отравленіи организма можетъ перейти въ зависимости отъ тѣхъ или иныхъ причинъ, какъ особенностей материнскаго организма, такъ и отъ силы и концентраціи ядовитыхъ веществъ, въ эклямпсію съ судорогами или безъ таковыхъ.

Иначе говоря, мы скорѣе склонны разсматривать продромальную стадію эклямпсіи, какъ явленія „эклямпсизма" (Bar), которыя могутъ пройти безслѣдно или же перейти въ ту или иную форму эклямпсіи.

Точно также выздоровѣвшіе случаи Albeck'a, а также и нѣкоторыхъ другихъ авторовъ, мы скорѣе всего склонны отнести именно къ явленіямъ эклямпсизма.

Если на общее число вышеприведенныхъ авторовъ (28), мы исключимъ только одного Albeck'a съ его 11 выздоровѣвшими случаями, то сразу получимъ рѣзко повышеніе % смертности, а именно не 66,6%, а 90%.

Мы съ своей стороны можемъ для иллюстраціи привести нѣсколько наблюдавшихся нами случаевъ, которые мы могли бы по клиническому теченію отнести къ случаямъ эклямпсіи безъ судорогъ, такъ какъ въ нихъ было на лицо рѣзкое отравленіе организма, были ясно выраженные продромальные симптомы эклямпсіи, но только не было судорогъ. Больныя производили такое впечатлѣніе, что каждую минуту можно было ожидать появленія припадковъ. Мы эти случаи разсматриваемъ не какъ эклямпсію безъ судорогъ, а какъ явленія эклямпсизма.

Случай 1-ый. 1912 г. № 50, пріемнаго журнала, 35 л., 8—para, 10-ый мѣсяцъ беременности. Сильные отеки ногъ, большихъ губъ, отечное лицо, (отеки появились 4 недѣли тому назадъ), головная боль, ослаблѣніе зрѣнія — въ глазахъ появлялись круги разныхъ цвѣтовъ, наканунѣ поступленія сильно трясло, сводило руки. Нормальные роды, живой ребенокъ, послѣ родовъ всѣ явленія безслѣдно прошли.

Случай 2-ой. 1912 г. № 658 пріемнаго журнала, 18 л., 1—para, 10-ый мѣсяцъ беременности, поступила со схватками; при поступленіи боль въ подложечной области, головная боль, ослаблѣніе зрѣнія, ціанозъ лица, безпокойное состояніе, сильные отеки ногъ, живота, лица, въ мочѣ бѣлокъ (по Esbach'у 4‰).

Нормальные роды, частичное приращеніе послѣда (Placenta marginata), ручное его отдѣленіе, живой ребенокъ. Послѣ родовъ всѣ явленія быстро прошли.

Мы присоединяемся къ мнѣнію большинства авторовъ, что эклямпсія безъ судорогъ есть наиболѣе тяжелая форма этого заболѣванія, форма, ведущая въ громадномъ большинствѣ случаевъ къ летальному исходу. Приведенные выше нами случаи эклямпсіи безъ судорогъ показываютъ намъ, что какъ по клиническому теченію болѣзни, такъ и по другимъ даннымъ отнюдь нельзя отнести это заболѣваніе, какъ думаютъ нѣкоторые (Albeck, Кипарскій) къ легкимъ формамъ.

Таблица 2-ая.

Случаи съ высокой t°.

Авторы.	Какая t°.	Исходъ.
1. Venus	Быстрое повыш. t°.	Mors.
2. Esch	39,7	Mors.
3. Esch	39,2	Mors.
4. Esch	39,9	Mors.
5. Гусаковъ	39,0	Mors.
6. Raubitschek	Субфебрильная t°.	Mors.
7. Seitz	38,5	Mors.
8. Селицкій	38,7	Mors.
9. Chirie и Stern	38,4	Mors.
10 Schlutius	38,8	Выздоровленіе.

Съ другой стороны въ таблицѣ 2-ой нами выбраны случаи съ повышенной температурой и мы можемъ на основаніи собранныхъ нами случаевъ прійти къ заключенію, что повышеніе t° при этомъ заболѣваніи не является уже такой рѣдкостью (19,6%) (Строгановъ считаетъ, что обычно эклямпсія безъ судорогъ не сопровождается высокой t°), а затѣмъ не можемъ не отмѣтить того факта, что при наличности повышенной температуры значительно увеличивается % смертности. (90%), что

Таблица 3-ья.

Симптомы, наблюдавшіеся у больныхъ.

Какіе симптомы.	Число разъ.
Бѣлокъ	29
Головная боль	28
Безсознательное состояніе, кома	25
Отеки	21
Разстройство зрѣнія (амбліопія, амаурозъ—4 раза, нетіапорзіа).	21
Безпокойное состояніе, Общее возбужденіе	15
Тошнота и рвота	14
Отдѣльныя подергиванія, судороги нѣкоторыхъ мускульныхъ группъ	11
Высокая t^0	10
Боли въ Epigastrium	6
Ціанозъ	6
Желтуха	4
Сонливость	4
Боли въ печени	2
Болевыя ощущенія, боли во всѣмъ тѣлѣ	2

akusher-lib.ru

въ свою очередь нисколько не противорѣчитъ клиническому наблюденію другой формы эклямпсіи, такъ какъ мы знаемъ, что значительное повышеніе t° наряду съ нѣкоторыми другими симптомами служитъ плохимъ прогнозомъ въ заболѣваніи.

Обращаясь къ 3-ьей таблицѣ, въ которой приведены тѣ или иныя явленія, наблюдавшіяся у больныхъ, мы констатируемъ разнообразіе симптомовъ, указывавшихъ на отравленіе и на основаніи разбираемыхъ ниже изъ литературы случаевъ эклямпсіи безъ судорогъ можемъ прійти къ заключенію, что не было случая, какъ выздоровѣвшаго, такъ и окончившагося летально, гдѣ это отравленіе такъ или иначе не сказалось.

Мы придаемъ этому факту большое значеніе, такъ какъ полагаемъ, что на основаніи указанныхъ симптомовъ возможно своевременно поставить діагностику, какъ явленій эклямпсизма, такъ и эклямпсіи безъ судорогъ, предпринять въ томъ или другомъ случаѣ соотвѣтствующую терапію и способствовать скорѣйшему окончанію родовъ.

Если въ данное время мы имѣемъ незначительное число случаевъ эклямпсіи безъ судорогъ съ прижизненнымъ діагнозомъ, если бо̀льшая часть ихъ констатирована на секціонномъ столѣ, то въ будущемъ на основаніи клиническаго наблюденія каждаго отдѣльнаго случая число прижизненной діагностики будетъ, конечно, преобладающимъ и если иной разъ патологоанатомическая картина и не дастъ намъ вскрытія, характернаго для эклямпсіи, мы все же по клиническому теченію болѣзни будемъ считать эти случаи за эклямпсію, такъ какъ полагаемъ, что типическая, для нея картина не всегда обязательна и можетъ иной разъ и не встрѣтиться.

Признавая, что для эклямпсіи существуетъ особая характерная картина вскрытія, особый комплексъ дегенеративныхъ измѣненій органовъ, не встрѣчаемый при другихъ заболѣваніяхъ, мы въ то же время полагаемъ, что могутъ быть случаи, гдѣ тотъ или другой органъ останется неповрежденнымъ, случай безъ всякихъ анатомическихъ измѣненій, а также не исключаемъ возможности, что въ томъ или иномъ случаѣ эта картина, характерная для эклямпсіи можетъ совершенно отсутствовать вслѣдствіе быстраго дѣйствія токсиновъ и послѣдующаго отравленія тканей организма.

Мы считали бы нашу статью не вполнѣ оконченной, если бы не коснулись вкратцѣ вопроса о терапіи данной формы эклямпсіи.

akusher-lib.ru

Съ другой стороны говоря о терапіи эклямпсіи безъ судорогъ, невольно придется коснуться о терапіи вообще эклямпсіи, такъ какъ въ сущности это двѣ разновидности одного и того же заболѣванія.

Мы не будемъ разбирать всевозможныхъ терапевтическихъ средствъ, мѣропріятій, предложенныхъ отдѣльными авторами, иной разъ даже однократно примѣнявшихся, такъ какъ невозможно судить поскольку эти методы оказывали пользу и были дѣйствительны, остановимся только на терапіи эклямпсіи въ данный моментъ.

Въ терапіи эклямпсіи въ настоящее время наблюдается два теченія: съ одной стороны мы видимъ тенденцію быстраго родоразрѣшенія, даже немедленнаго послѣ перваго припадка, черезъ четверть часа по поступленіи больной въ учрежденіе, съ другой стороны консервативное веденіе лѣченія, какъ выжидательное, такъ и по схемѣ—по профилактическому методу, предложенному Строгановымъ.

Что касается потогоннаго лѣченія, (горячія ванны), влажныя обертыванія и др., то большинство отказалось отъ его примѣненія, такъ какъ полагаютъ, что если иной разъ судороги и наступаютъ менѣе часто, но съ другой стороны замѣчается ухудшеніе въ общемъ состояніи больной, главнымъ образомъ, сказывающемся въ ослабленной дѣятельности сердца.

Оба эти теченія исходя какъ изъ теоретическихъ соображеній, такъ и практическихъ клиническихъ наблюденій, имѣютъ своихъ сторонниковъ и послѣдователей.

Большая часть современныхъ акушеровъ, исходя изъ того соображенія, что ближайшей причиной эклямпсіи является беременность, что эклямпсія есть аутоинтоксикація, возникающая на почвѣ какихъ-то токсиновъ, продуцируемыхъ при беременности, принципіально стоитъ за ея прерываніе, иначе говоря придерживается быстраго ранняго родоразрѣшенія.

Съ другой стороны опредѣленная группа авторовъ, основываясь на теоретическихъ обоснованіяхъ, а также и на статистическомъ матеріалѣ, стоитъ за консерватизмъ при лѣченіи эклямпсіи (главнымъ образомъ лѣченіе наркотическими, въ томъ числѣ и способъ, предложенный Строгановымъ) и принципіально высказывается противъ быстраго ранняго родоразрѣшенія, хотя считаетъ при извѣстныхъ показаніяхъ на

ряду съ упомянутымъ лѣченіемъ умѣстнымъ и родоразрѣшеніе наиболѣе бережнымъ способомъ.

Являясь принципіальнымъ сторонникомъ быстраго родоразрѣшенія, мы въ то же время полагаемъ, что это не есть радикальная мѣра излѣченія эклямпсіи, а есть такъ сказать своего рода профилактика уже развившагося заболѣванія, заключающаяся въ прерываніи беременности, въ исключеніи главнаго агента болѣзни, въ огражденіи ослабленнаго организма отъ новаго поступленія токсиновъ.

Разрѣшая эклямптичку, мы этимъ самымъ способствуемъ организму въ борьбѣ съ заболѣваніемъ, предостерегаемъ отъ переполненія токсинами, но мы по большей части не знаемъ сколько уже накопилось въ организмѣ ядовитыхъ веществъ, какой они силы, а также зачастую и не можетъ выяснить наличности индивидуальной защитительной способности даннаго организма.

Признавая быстрое родоразрѣшеніе при эклямпсіи, мы въ то же время полагаемъ, что могутъ быть такіе случаи, гдѣ оно не произведетъ извѣстнаго эффекта, какъ въ смыслѣ прекращенія припадковъ, увеличенія мочеотдѣленія, урегулированія дѣятельности кровеносной системы и вообще улучшенія общаго состоянія больной; мы разсматриваемъ такіе случаи какъ обусловленные переполненіемъ организма токсинами, а также и считаемся съ фактомъ недостаточной способности его къ сопротивленію.

Въ такихъ случаяхъ на помощь ослабленному въ изнурительной борьбѣ организму приходятъ введенныя внутрь противоядія, которыя являются подспорьемъ, вспомогательнымъ средствомъ. Мы говоримъ о серотерапіи.

Какъ нами выше указывалось вопросъ о примѣненіи серотерапіи на живомъ организмѣ возникъ послѣ того, какъ наблюденія Freund'a показали, что свѣжая сыворотка способна парализовать ядовитое дѣйствіе плацентарнаго сока.

Дальнѣйшія клиническія наблюденія въ этомъ направленіи, удачно проведенные случаи показали весь смыслъ, всю раціональность и пользу примѣненія серотерапіи, какъ при эклямпсіи, такъ и при другихъ токсикозахъ беременности и въ данный моментъ потребность ея не подлежитъ сомнѣнію— выработка же болѣе раціональной сыворотки вопросъ недалекаго будущаго.

Вопросъ же о томъ, какая изъ предложенныхъ сыворотокъ является наиболѣе подходящей, дѣйствительной, рѣшить въ данный моментъ трудно, несмотря на имѣющіяся, правда еще незначительныя, литературныя данныя.

У насъ въ этомъ отношеніи пока нѣтъ личнаго опыта, но въ будущемъ въ подходящихъ случаяхъ, какъ при эклямпсіи, такъ и при другихъ интоксикаціяхъ, индивидуализируя каждый отдѣльный случай, мы примѣнимъ ее въ томъ или иномъ видѣ или въ видѣ лошадиной сыворотки, сыворотки, полученной отъ здоровой женщины въ различныхъ стадіяхъ беременности или же наконецъ въ видѣ сыворотки, взятой изъ пуповины.

Мы также собираемся примѣнить и сыворотку здороваго человѣка, такъ какъ полагаемъ, что при извѣстныхъ данныхъ она будетъ обладать въ достаточной степени нужными антитоксинами.

Помимо полученія для этого отрицательныхъ результатовъ отъ реакціи Wassermann'a, отъ изслѣдованія мокроты и мочи, мы придаемъ также большое значеніе анализу крови, какъ въ смыслѣ процентнаго содержанія гемоглобина, такъ и форменныхъ элементовъ и ихъ количественнаго и качественнаго состава и соотношенія другъ къ другу.

Быстрое родоразрѣшеніе и серотерапія—вотъ, по нашему мнѣнію, путь веденія эклямпсіи въ данный моментъ.—два фактора взаимно помогающіе и дополняющіе другъ друга; съ одной стороны удаленіе очага, первоисточника токсиновъ, съ другой—ослабленіе вирулентности наличныхъ токсиновъ въ организмѣ.

Исходной точкой нашего воззрѣнія, исходнымъ пунктомъ совмѣстнаго дѣйствія быстраго родоразрѣшенія и серотерапіи является то, что эклямпсія, развивающаяся на почвѣ беременности не есть заболѣваніе какого-нибудь органа въ отдѣльности, а есть заболѣваніе организма in toto.

Имѣя на лицо общее отравленіе, нужно лѣчить не отдѣльные его симптомы и проявленія, не одинъ какой-нибудь органъ, подвергшійся заболѣванію, а весь организмъ и по возможности устранить причину, вызвавшую эту интоксикацію.

Придерживаясь такого взгляда, мы тѣмъ самымъ, понятно, относимся отрицательно къ выжидательной терапіи, главнымъ

образомъ къ примѣненію наркотическихъ при эклямпсіи въ видѣ ли безпорядочнаго лѣченія или же въ видѣ строго опредѣленнаго метода.

Мы вполнѣ присоединяемся къ мнѣнію далеко не малаго числа авторовъ полагающихъ, что примѣненіе наркотическихъ, являющихся почечными и сердечными ядами далеко не безразлично. Наркотики, кромѣ того ослабляютъ окислительные процессы въ организмѣ, уменьшаютъ жизнедѣятельность клѣтокъ. разслабляюще дѣйствуютъ на дыхательные центры.

Мы не впадемъ въ противорѣчіе, если при тѣхъ или иныхъ показаніяхъ, при общемъ безпокойствѣ, возбужденіи больной сдѣлаемъ однократную инъекцію морфія или поставимъ клизму изъ хлоралъ-гидрата, точно также какъ и примѣненіе хлороформа (или какъ рекомендуютъ нѣкоторые смѣсь Bileroth'a въ виду вреднаго дѣйствія хлороформа на паренхиматозные органы), мы считаемъ обязательнымъ при каждомъ нашемъ акушерскомъ мѣропріятіи у эклямптичекъ.

Что касается кровопусканія, которое въ послѣднее время опять горячо рекомендуется въ особенности французскими авторами, то, намъ кажется оно должно имѣть свои показанія, оказываетъ въ извѣстныхъ случаяхъ несомнѣнную пользу болѣе примѣнимо въ случаяхъ послѣродовой эклямпсіи, но естественно возводить его, какъ въ правило, во всѣхъ случаяхъ заболѣванія нельзя.

Переходя къ вопросу о терапіи эклямпсіи безъ судорогъ можно сказать одно, что принципы лѣченія тѣ же, что и при обыкновенной ея формѣ.

Наиболѣе важнымъ является возможно скорая постановка діагноза, а затѣмъ и соотвѣтствующія мѣропріятія въ зависимости отъ того, когда разовьется эклямпсія во время беременности, родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ; заранѣе хотя нужно добавить, что разсчитывать на какой-либо успѣхъ трудно, принимая во вниманіе, что это наиболѣе тяжелые случаи, случаи съ наивысшимъ отравленіемъ организма. И въ этихъ случаяхъ мы наиболѣе правильнымъ считаемъ возможно скорѣе произвести родоразрѣшеніе. Чѣмъ раньше поставлена діагностика заболѣванія, тѣмъ болѣе шансовъ у насъ на благополучный исходъ на спасеніе жизни заболѣвшей.

Можно сказать, что на основаніи имѣющихся описанныхъ случаевъ, терапіи эклямпсіи безъ судорогъ въ данный моментъ

фактически не существуетъ; это послѣднее объясняется тѣмъ, что діагностика заболѣванія въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ ставилась только на секціонномъ столѣ, при жизни же не было и рѣчи объ эклямпсіи, въ другихъ же случаяхъ при прижизненной діагностикѣ картина болѣзни настолько быстро развертывалась, что терапія носила какой-то безпорядочный, спутанный, хаотическій характеръ.

Въ заключеніе позволимъ себѣ выразить нашу искреннюю и сердечную благодарность глубокоуважаемымъ профессору Николаю Ивановичу Побѣдинскому и ассистенту Геннадію Федоровичу Матвѣеву, за то живое участіе, которое они проявляли въ задуманной нами работѣ, а также и за многіе цѣнные совѣты.

Случаи эклямпсіи безъ судорогъ.

Случаи Albeck'a.

1. 31 г., 1—para, до родовъ отеки, во время родовъ головная боль, разстройство зрѣнія, немного бѣлка.—Выздоровленіе.

2. 21 г., 1—para, до родовъ отеки, во время родовъ рвота, бѣлка 27‰.—Выздоровленіе.

3. 21 г., 1.—para, до родовъ отеки, боли въ Epigastrium, головная боль, разстройство зрѣнія,—во время родовъ тѣ же симптомы, бѣлка 3‰.—Выздоровленіе.

4. 19 л., 1—para, отеки, головная боль, разстройство зрѣнія, бѣлка 8‰.—Выздоровленіе.

5. 24 г., 1—para, до родовъ отеки, рвота, во время родовъ головная боль, головокруженіе, разстройство зрѣнія, бѣлка 30‰.—Выздоровленіе.

6. 42 г., 8—para, до родовъ отеки, головная боль, разстройство зрѣнія, сонливость, бѣлка 12‰.—Exitus.

7. 23 г., 1—para, отеки, разстройство зрѣнія, сонливость, ціанозъ, бѣлка 6‰,—Выздоровленіе,

8. 23 г., 1—para, отеки, головная боль, разстройство зрѣнія, бѣлокъ, двойни.—Выздоровленіе.

9. 28 л., 1—para, отеки, головная боль, разстройство зрѣнія, затрудненное дыханіе, бѣлка 17‰.—Выздоровленіе.

10. 22 г., 1—para, отеки, головная боль, разстройство зрѣнія, бѣлка 18‰.—Выздоровленіе.

akusher-lib.ru

11. 22 г., 1—para, отеки, головная боль, разстройство зрѣнія, сонливость, бѣлка 25‰.—Выздоровленіе.

12. 22 г., 1—para, отеки, разстройство зрѣнія, боли въ Epigastrium, бѣлка 30‰.—Выздоровленіе.

Случай Bauer'a.

1. 7—para, 3 года страдаетъ головными болями, за послѣднія три недѣли усилились, появилась тошнота, рвота. За день до родовъ боли въ подложечной области. Много бѣлка (послѣ родовъ черезъ три дня слѣды.) Послѣ родовъ Hemianopsia.

На 2-ой день послѣ родовъ высокая t°, церебральные симптомы.

Случай, комбинированный съ септическимъ процессомъ (эндометритъ и лѣвосторонній параметритъ).

Случай Bickenbach'a.

1. 35 л., 1—para, сильная головная боль, безпокойство, тошнота, рвота, ціанозъ, безсознательное состояніе.

Щипцы для спасенія ребенка, exitus черезъ 5 минутъ послѣ операціи.

Вскрытіе—эклямпсія.

Вскрытіе ребенка.—Многочисленные экхимозы въ сердечную сорочку, въ діафрагму, гиперемія мозговыхъ оболочекъ.

Случай Binder'a.

1. „Абортивная" эклямпсія.—Выздоровленіе. Послѣ головныхъ болей, затемнѣніе въ глазахъ, послѣ нормальныхъ родовъ потеря сознанія, безпокойное состояніе. Въ мочѣ бѣлокъ (скоро исчезъ).

Случай Bouffe-de St. Blaise (цитированъ по Schmorl'ю).

1. Сильная головная боль, боли въ Epigastrium, безпокойство.

Вскрытіе, характерное для эклямпсіи. Авторъ также считаетъ, что судороги только одинъ изъ симптомовъ заболѣванія.

Случаи Brunet.

1. 1—para, 6 мѣсяцевъ беременности, прерываніе ея по поводу тяжелаго нефрита; post partum—анурія, головная боль, возбужденное состояніе, кома—Exitus.

Вскрытіе.—Кровоизліянія въ плевру, въ печень, паренхиматозное перерожденіе почекъ, печени, сердца, старый интерстиціальный нефритъ, многочисленные тромбы въ сосудахъ печени.

akusher-lib.ru

2. 2—para, 6 мѣсяцевъ беременности, внезапная потеря сознанія, смерть черезъ 24 часа.

3. 1—para, въ концѣ беременности, рвота, безпокойство, внезапная потеря сознанія, въ нѣсколько часовъ смерть.

Въ двухъ послѣднихъ случаяхъ кровоизліянія въ мозгъ, въ легкія, въ печень; паренхиматозное перерожденіе сердца, некрозы въ печени и въ почкахъ, много тромбовъ въ сосудахъ.

4. 2—para, 6 мѣсяцевъ беременности. Атрофія зрительнаго нерва на почвѣ нефрита. Бѣлка 10‰, цилиндры въ большомъ количествѣ.

Послѣ выскабливанія амаурозъ, неправильный пульсъ 116, кома (бѣлокъ поднялся до 15‰).—Выздоровленіе.

Случай Venus'a.

1. 38 л., 6 — para, быстрое повышеніе температуры, небольшія судороги въ теченіе двухъ — трехъ секундъ въ лицевыхъ мышцахъ, тошнота, рвота, вдругъ сдѣлалась блѣдной, впала въ безсознательное состояніе, ухудшился пульсъ, черезъ полчаса—Exitus.

Sectio caesarea in mortua.

На основаніи аутопсіи авторъ разсматриваетъ случай, какъ быстро протекшую эклямпсію.

Случай Wendt'a.

1. 21 г., 2—para, поступила съ сильной желтухой, бѣлокъ въ мочѣ (1/5‰). t° 34,6 (?) P. 64.

N—роды, мертвый ребенокъ, атоническое кровотеченіе, несмотря на принятыя мѣры exitus при усиливающемся безпокойствѣ черезъ 4 часа 45 мин. послѣ родовъ.

Два раза влагалищное спринцеваніе, два шприца эрготина, небольшой разрывъ шейки — 4 шва, тампонація матки, 400,0 к. ц. Nacl, горячій чай, кровотеченіе черезъ тампонъ.

За 45 мин. до смерти возрастающее безпокойство, учащенное дыханіе, рвота, безсознательное состояніе.

Клиническіе симптомы—желтуха (появилась три дня тому назадъ), альбуминурія, сильные отеки (съ мѣсяцъ), головная боль, потеря сознанія.

Протоколъ вскрытія: сильно выраженная желтуха. Гиперемія мозга. Жировое перерожденіе печени, почекъ.

Вскрытіе ребенка: Отекъ легкихъ. Многочисленныя кровоизліянія въ эпикардій и эндокардій праваго желудочка, кровоизліянія въ печень, въ плевру.

akushner-lib.ru

Случай Heinrichsdorff'a.

1. 22 г., 1—para, вполнѣ здоровая женщина, въ полномъ сознаніи, бѣлка и форменныхъ элементовъ нѣтъ, черезъ полчаса послѣ наложенія щипцовъ exitus (умѣренное кровотеченіе).

Эклямптическая печень (мускатная).

Случаи Гусакова.

1. 36 л., 7—para, t° при поступленіи 37,0. Больная прислана изъ деревни по поводу кровотеченія (5—6 мѣсяцевъ беременности). Къ вечеру слѣдующаго дня схватки усилились. Въ 12 час. ночи полное открытіе. Больная стонетъ и мечется по постели. Частый пульсъ, t° 39,0. Внезапно потеря сознанія, (послѣ окончанія родовъ—плодъ по Cristeller,y, послѣдъ по Credé) кома, отдѣльныя сокращенія мышечныхъ группъ, періодически судороги глазныхъ мышцъ, ухудшеніе пульса отекъ легкихъ.

Вскорѣ смерть при явленіяхъ паралича сердца, глубокаго коматознаго состоянія и отека легкихъ.

Въ спущенной катетеромъ мочѣ въ количествѣ 15, о, к. ц., цвѣта кофейной гущи—немного бѣлка, единичные цилиндры, сахара нѣтъ.

Патолого-анатомическое вскрытіе не дало характерныхъ измѣненій для эклямпсіи. Глубокія паренхиматозныя измѣненія въ печени, въ почкахъ и въ сердцѣ. Найдены въ органахъ крупныя палочки, красящіяся по Gramm'y (повидимому, сапрофиты).

Авторъ разсматриваетъ случай, какъ эклямпсію безъ судороги главнымъ образомъ по клиническимъ симптомамъ.

Вскрытіе—Oedema meningum, Pleuritis adhaesiva chron. partialis bilateralis, Oedema et hyperaemia pulmonum; Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum.

2. 24 г., 1—para, все время была здорова, при поступленіи t 36, 5, P. 70.

N—роды (общая продолжительность 7 час. 40 мин.), мертвый ребенокъ.

Черезъ 1 ч. 50 м. послѣ родовъ больная безъ сознанія съ явленіями начала отека легкихъ, P 80. Поставлено 18 кровососныхъ банковъ. Пульсъ падаетъ, кровь изъ горла и черезъ 3 часа смерть при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности.

Вскрытіе — Hyperaemia et Oedema pulmonum; degeneratio parenchymatosa myocardü, renum; hepatitis haemorrhagica acuta, hydrops, ascites, Eclampsia.

Случаи Esch'a.

1. 25 л., 1—para, наканунѣ поступленія искры въ глазахъ, слабость, рвота, головная боль, большое возбужденіе, амбліопія, бѣлокъ, мышечныя сокращенія въ лицѣ, t° 39, o, 39. 7—Mors.

2. 23 г., 1—para поступила въ полномъ безсознательномъ состояніи, съ хриплымъ дыханіемъ, ціанозъ лица, Anasarca. Наканунѣ головная боль, вдругъ потеря сознанія, затѣмъ сознаніе вернулось, но вскорѣ опять впала въ безсознательное состояніе.

Sectio caesarea vaginalis—черезъ 1¼ часа послѣ операціи—Mors. Ol. Camphoratum, Coffein подъ кожу.

Печень — жировое перерожденіе, почки частью жировое перерожденіе, частью свѣжее паренхиматозное.

3. 22 г., 2—para найдена мужемъ въ безсознательномъ состояніи и доставлена на слѣдующій день въ такомъ же состояніи. Небольшія подергиванія въ лицѣ. Неправильное, хриплое, учащенное дыханіе (48 въ минуту), реакціи зрачковъ нѣтъ, t° 39, 2, P. 128. Смерть черезъ восемь часовъ.

Въ печени геморрагіи, селезенка нормальна, въ почкахъ сосуды сильно инъецированы, паренхима мутна.

4. 20 л., 1—para. Въ теченіе нѣкотораго времени головная боль, отекъ лица, внезапно очутилась на полу въ комнатѣ, безъ сознанія.

При поступленіи отекъ (только) лица, безъ сознанія, t° 37, 4 P. 96, въ мочѣ бѣлка 48‰.

Параличъ лѣвой стороны.

t° 39, 9. Mors на 9-ый день.

Вскрытіе.—Въ печени и въ почкахъ многочисленныя кровоизліянія. Селезенка септична, геморрагическія размягченія въ мозгу.

Авторъ полагаетъ, что сепсисъ присоединился въ послѣродовомъ періодѣ.

(Ускоренное родоразрѣшеніе—кольпейринтеръ, затѣмъ насѣчки на шейку, поворотъ, извлеченіе — ребенокъ мацерированный).

Случаи Jardine.

1. 37 л., 1—para. Головная боль, рвота, отеки ногъ, лица, ослаблѣніе зрѣнія, при поступленіи въ клинику послѣ сильнаго возбужденія, потеря сознанія, бредъ, слѣпота. Placenta praevia lateralis. Безпокойное состояніе продолжалось часа три, кровопусканіе, влив. солев. раствора, бѣлка 12‰. Ускоренное родоразрѣшеніе (Bossi, Versio)—выздоровленіе.

2. 22 г., 1—para. Семь мѣсяцевъ беременности, четыре мѣсяца отеки ногъ, послѣднее время головныя боли. При поступленіи помраченное сознаніе, отекъ легкихъ, общее возбужденіе, отдѣльныя подергиванія въ лицѣ, много бѣлка. Черезъ десять часовъ смерть при явленіяхъ отека легкихъ и упадка сердечной дѣятельности. Вскрытіе—abs.

Случай Кацнельсона.

1. 2—para, беременноеть протекала нормально, утромъ почувствовала себя плохо, впала въ безсознательное состояніе, перешедшее вскорѣ въ коматозное. Зрачки сужены, пульсъ слабый, частый. Общая блѣдность покрововъ. Дыханіе частое. Мочи мало, темнобураго цвѣта, при кипяченіи сразу сворачивается. Припадковъ не было. Смерть черезъ 9 часовъ отъ начала заболѣванія.

Случай Лиховецера.

1. 24 г., жена врача, 21/IX доставлена въ клинику въ безсознательномъ состояніи. Изъ разспросовъ мужа удалось выяснить, что больная всегда была здорова и только 2 часа тому назадъ внезапно появилась сильная головная боль, рвота и тотчасъ же она впала въ безсознательное состояніе.

Беременность 6 мѣсяцевъ; въ мочѣ бѣлокъ, гіалиновые цилиндры, форменные элементы крови.

Терапія—морфій подъ кожу, солевая клизма, влажное обертываніе безрезультатны.

Больная все время безъ сознанія, изрѣдка небольшія подергиванія лицевыхъ мышцъ.

На слѣдующій день въ 6 часовъ утра остановка дыханія; искусственное дыханіе, которое производилось около 6 час. Въ 12 часовъ дня не приходя въ сознаніе mors при явленіяхъ паралича дыхательнаго центра.

Была ли произведена аутопсія или нѣтъ — указанія не имѣется.

akushelib.ru

Случай Macé и Gaillard.

1. До того здоровая женщина, внезапная потеря сознанія, при поступленіи въ мочѣ много бѣлка, очень напряженный пульсъ, правосторонняя гемиплегія, глубокая кома.

Поясничный проколъ—выпущено 30 к. ц. На 4-ый день вернулось сознаніе.

На 6-ой день родился мацерированный плодъ. На 14-ый день прошелъ параличъ, бѣлокъ быстро исчезъ.

Случай Meyer-Wirz'a.

1. 38 л., 1—para, раньше была здорова. Альбуминурія—5‰. Черезъ 2 часа послѣ нормальныхъ родовъ пожаловалась на тошноту, головную боль и скоро впала въ полное безсознательное состояніе, затѣмъ глубокая кома, P. 100, t° 37, 5.

Вдыханіе кислорода, Chloral—Hydrat 2, 0 въ клизмѣ, Ol. Camphoratum, ледъ на голову. Пульсъ и t° все время поднималась и черезъ семь часовъ смерть при t° 40,6.

Анатомическій діагнозъ—кровоизліянія въ правое corpus striatum, кровоизліянія въ мозговыя оболочки. Pleuritis adhaesiva dextra. Haemopericardium Гипертрофія и расширеніе праваго желудочка. Паренхиматозный нефритъ. Геморрагіи въ капсулу и паренхиму печени.

Случай Poten'a.

1. 26 л., 1—para, t° 36, 8, P. 92, въ полномъ сознаніи отековъ нѣтъ. Мочевой пузырь пустъ. Послѣднее время частая рвота. Послѣ родовъ сильная рвота. t° 37, 0 P. 98. Мочевой пузырь пустъ.

Въ полномъ сознаніи. Въ послѣдующіе дни мочи мало (бѣлокъ въ большомъ количествѣ, форменные элементы), на 2-ой день временами сильныя боли въ области желудка, на 3-ій день жаловалась на разстройство зрѣнія. Пульсъ и t° постепенно поднимались и на 5-ый день внезапная смерть сильная рвота, дыханіе вдругъ сдѣлалось неправильнымъ, затрудненнымъ, пульсъ неощутимымъ. Въ день смерти впервые появились отеки на ногахъ.

Терапія—потогонныя ванны, клистиры изъ поваренной соли, Coffein, 1 разъ Morphium 0,015 по поводу сильныхъ болей въ подложечной области. Вскрытіе, характерное для эклямпсіи.

Авторъ, какъ мы уже указывали раньше, не считаетъ этотъ случай за эклямпсію, такъ какъ не было характерныхъ судорогъ.

Случай Raubitschekà.

1. 29 л.—Multipara, жалобы на боли въ области печени. N—роды, черезъ 48 часовъ послѣ нихъ смерть при быстро развивающейся желтухѣ, безпокойствѣ, субфебрильной t°, припадковъ не было.

Аутопсія—Нефритъ, увеличенная селезенка, субплевральныя кровоизліянія, сильно измѣненная печень.

Микроскопическое изслѣдованіе: диффузные некрозы паренхимы, тромбозъ, кровоизліянія. Кромѣ того стрептококки.

По мнѣнію автора случай эклямпсіи безъ судорогъ, комбинированный съ сепсисомъ.

Случай Reinecke.

1. 19 л., 1—para, до этого была всегда здорова, въ концѣ беременности рвота, плохой пульсъ, боли въ подложечной области, t° 36,8, мало мочи.

Черезъ три часа рвота, большое безпокойство, частый пульсъ (120), боли во всемъ тѣлѣ, учащенное дыханіе, полное сознаніе. Производитъ впечатлѣніе отравленной. Черезъ два часа помраченное сознаніе, затѣмъ кома и Exitus.

Вскрытіе—перерожденіе сердечной мышцы, кровоизліянія въ эндокардій и перикардій, острый паренхиматозный нефритъ, жировое перерожденіе печени.

На основаніи клинической картины и вскрытія авторъ разсматриваетъ свой случай, какъ эклямпсію безъ судорогъ.

Случай Seitz'a.

1. 43 г., 1—para, отеки ногъ, поступила въ сопорозномъ состояніи, припадковъ нѣтъ, сильный ціанозъ, глубокая кома, олигурія, много бѣлка, желтуха, отдѣльныя, незначительныя судороги въ лицевыхъ мышцахъ, t° 38,5, P 140. Все время кома,—exitus черезъ 76 часовъ.

Кровоизліянія и некрозы въ печени. Нефритъ. Незначительныя кровоизліянія въ мозгу, паренхиматозное перерожденіе сердца, отекъ легкихъ.

Случай Селицкаго.

1. Случай описанъ выше.

Случаи Строганова.

1. (Случай, наблюдавшійся д-ромъ Гофманомъ)—2—para, нормальные роды, черезъ часъ послѣ родовъ стала жаловаться на головную боль, затѣмъ вскрикнувъ, впала въ безсоз-

нательное состояніе, пульсъ сталъ плохо прощупываться, одышка, ціанозъ, рвота. Часа черезъ четыре судорожный припадокъ, напоминавшій эклямпсію. На слѣдующій день смерть. Вскрытіе—эклямпсія.

Терапія—камфора, эфиръ, кислородъ, солевыя клизмы.

2. Послѣ нормальныхъ родовъ—кома, рвота, легкія судороги, прогрессивное паденіе пульса—на слѣдующій день смерть.

Случай Федорова.

1. 22 г., 1—para, вскорѣ по поступленіи внезапно впала въ безсознательное состояніе, конвульсивныя подергиванія въ правой половинѣ тѣла, trismus, сведеніе затылка, контрактура лѣвыхъ конечностей, сознаніе не возвращалось, общее состояніе ухудшалось и черезъ 9 часовъ отъ начала заболѣванія наступила смерть.

Morphium 0,015, вливаніе солевого раствора, Ol. Camphorat., Cofiein.

Случаи Felländer'a.

1. Gravida на 7-омъ мѣсяцѣ, безъ продромальныхъ симптомовъ, сразу кома—Exitus.

2. Gravida на 8-омъ мѣсяцѣ,—отеки, головная боль, амаурозъ, сильное безпокойство—Exitus.

Вскрытіе: 1) кровоизліяніе въ мозгъ, гипертрофія лѣваго желудочка, 2) Nephritis subacuta, кровоизліянія въ печень, въ мочевой пузырь.

Случай Chirie и Stern'a.

1. 35 л., 1—para, болевыя ощущенія, безсонница, t° нормальна, вскорѣ 38,4 (моча не изслѣдована), ознобы. Щипцы, ручное отдѣленіе послѣда, вскорѣ смерть при явленіяхъ внутренняго кровотеченія.

Аутопсія—печень, почки характерныя для эклямпсіи, кромѣ того скопленіе бактерій, похожихъ на кишечную палочку.

Авторъ считаетъ случай скрытой формой эклямпсіи (на основаніи вскрытія)—ознобы объясняетъ внѣдреніемъ микробовъ.

Случай Schlutius'a.

1. 28 л. 1—para, t° 38, 8., головная боль, отеки, альбуминурія, амаурозъ. Авторъ зналъ свою паціентку и предвидѣлъ возможность появленія эклямпсіи.

akusher-lib.ru

Послѣ нормальныхъ родовъ безпокойное состояніе, отдѣльныя подергиванія нѣкоторыхъ мышцъ, т. supraspinatus, infraspinatus, cucullaris, deltoideus лѣвой стороны, затѣмъ впадаетъ въ коматозное состояніе, черезъ нѣкоторое время общее состояніе улучшилось, больная говоритъ, что чувствуетъ себя лучше, затѣмъ снова коматозное состояніе. Такое состояніе продолжалось 2—3 дня, затѣмъ больная постепенно поправилась.

Случай Schmidt'a.

1. 29 л., здоровая женщина, въ полномъ сознаніи, небольшіе отеки, t° не измѣрена, P 132. 5½ часовъ тому назадъ родила живого ребенка, послѣдъ еще въ маткѣ (при поступленіи).

Мочи спущено, 200,0—много бѣлка. Способъ Credé безрезультатно. Ручное отдѣленіе (отдѣльныя срощенія chorion'a). Матка атонична—горячія спринцеванія, Ergotin, кровотеченіе остановилось. P 120, слабый.

Влито 1000,0 раствора Nacl.

Больная проснулась отъ наркоза, безпокойна, въ полномъ сознаніи, реагируетъ при обращеніи къ ней. Радіальный пульсъ временами не ощутимъ. Никакого кровотеченія.

Трансфузія крови отъ матери больной (по способу Carrel—Stich), но состояніе больной все ухудшалось и несмотря на принятыя мѣры больная черезъ полчаса умерла.

Клиническій діагнозъ: Anaemia gravis post postum.

Анатомическій діагнозъ: кровоизліянія въ печень, въ Эндокардій, въ легкія и мозгъ. Status lymphaticus. Etat mamelonné. Старый туберкулезъ легкихъ и бронхіальныхъ железъ. Общая анемія. (Эклямпсія).

Случаи Schmorl'я.

1. 22 г., 6 мѣсяцевъ беременности, кашель, въ мочѣ бѣлокъ. Черезъ нѣсколько времени приступъ одышки, головная боль, общее безпокойство. Желтуха, быстро усилившаяся. Сонливое состояніе, перешедшее вскорѣ въ коматозное. Кровоизліянія въ коньюктиву, въ кожу ногъ и груди. Вскорѣ смерть при явленіяхъ отека легкихъ и упадка сердечной дѣятельности. Клиническій діагнозъ: Nephritis gravidarum, Sepsis (?).

Вскрытіе, характерное для эклямпсіи.

2. 23 г.—3—para, 6 мѣсяцевъ беременности, головная боль, небольшое головокруженіе, разстройство зрѣнія (параличъ лѣвого oculomotorii). Вскорѣ по поступленіи сонливое состояніе, скоро перешедшее въ полное безсознательное. Въ спущенной мочѣ-бѣлка, сахара, форменныхъ элементовъ не оказалось. Отековъ нѣтъ. На слѣдующее утро (въ мочѣ бѣлокъ, цилиндры) при явленіяхъ отека легкихъ и упадка сердечной дѣятельности—смерть.

Вскрытіе, характерное для эклямпсіи.

3. 37 л., 10—para (въ дѣтствѣ остеоміэлитъ, при одной беременности припадки), 7 мѣсяцевъ беременности. Въ теченіе трехъ мѣсяцевъ головныя боли, отсутствіе аппетита, рвота. Съ утра сильная головная боль, большое возбужденіе и безпокойство, скоро впала въ безсознательное состояніе, отдѣльныя подергиванія въ правой рукѣ и ногѣ, настоящихъ эклямптическихъ припадковъ не было.

При поступленіи полное безсознательное состояніе, слабый пульсъ, начинающійся отекъ легкихъ, въ мочѣ много бѣлка.

Черезъ 6 часовъ по поступленіи смерть при явленіяхъ сердечной слабости и отека легкихъ.

Клиническій діагнозъ—уремія.

Вскрытіе, характерное для эклямпсіи.

---

akusher-lib.ru

Литература.

1. Albeck—Beiträge zur klinik und Therapie der Eklampsie.
Zeitschr. f. Geb u Gyn. B. 67. H. I.
2. Albeck u Lohse—Ein Versuch, das Eklampsiegift auf experimentellem Wege nachzuweisen.
Zeitsch f. Geb. u Gyn. B. 62. 1908.
3. Bar—Eklampsismus und Eklampsie ohne Krämpfe.
Ref. Centr. f. Gyn. 1908, № 43.
4. Bauer—Über Sehstörung bei der Geburt.
Monat. f. Geb. u Gyn. 1906.
5. Bickenbach—Ein kasuistischer Beitrag zur Eklampsie ohne Krämpfe.
Centr. f. Gyn. 1911, № 47.
6. Binder—Eklampsie ohne Krämpfe. Mitteilung aus der Praxis.
Centr. f. Gyn. 1906, № 37.
7. Brauser—Eklampsie bei Blasenmole.
8. Brunet—Über die sogenannte Eklampsie ohne Krämpfe.
Ref. Centr. f. Gyn. 1908, № 35.
9. Bouffe de St-Blaise—Les Auto-Intoxications de la Grossesse.
Paris—1899.
10. Burnier—Albuminurie gravidique et troubles oculaires.
Ref. Centr. f. Gyn. № 41.
11. Weichardt, Mosbacher, Engelhorn — Experimentel. Studien mit menschlichen Syncytiotoxin.
Arch. f. Gyn. B. 94.
12. Weinberger—Die pathologische Anatomie der Puerperal Eklampsie und Urämie.
Ref. Centr. f Gyn. 1905, № 4.
13. Welch—Die Pathologie der Eklampsie u. Toxämie der Schwangerschaft.
Ref. Monats. f. Geb. u Gyn.. 1911.
14. Wendt—Ein Beitrag zur lehre vom Icterus gravis in der Schwangerschaft und zur Eklampsie.
Arch. f. Gyn. B. 56.
15. Venus—Zur kasuistik der plötzlichen Todesfälle während der Geburt. Sectio caesarea in mortua.
Centr. f. Gyn. 1911, № 2.

akushlib.ru

16. Heinze—Ein Beitrag zur Therapie der Eklampsie.
Arch. f. Gyn. B. 93.
17. Heinrichsdorf—Die anatomischen Veränderungen der Leber in der Schwangerschaft.
Zeitz. f. Geb. u Gyn. B. 70.
18. Heinrichsdorf—Eklampsie Leber unter dem Bilde der Muskatnuss leber bei Fehlen allen klinischen Symptome.
Centr. f. Gyn. 1912, № 4.
19. Heynemann—Zur Frage der Leberinsuffizienz und des Kreatininstoffwechels während der Schwangerschaft und bei den Schwangerschaftstoxikosen.
Zeitschr. f. Geb. n Gyn. B. 71.
20. Hofbauer—Schwangerschafts toxämie.
Deut. Medic. Woch. 1910, № 36.
21. Hofbauer—Zur Klärung des Begriffs „Schwangerschafts leber".
Arch. f. Gyn. B. 93.
22. Hofbauer—Beiträge zur Aetiologie und zur klinik der Graviditätstoxikosen (Cholämie, Eklampsie, Hyperemese).
Zeitschr. Geb. u Gyn. B. 61.
23. Gessner—Über das Verhalten des Menschen bei pargenitaler Zufuhr artgleichen Spermas.
Centr. f. Gyn. 1906, № 28.
24. Guggisberg—Experimentel. Untersuchungen über die Toxikologie der Placenta.
Zeitschr. f. Geb. n Gyn. B. 67. H. I.
25. Gussakow—Zur Syptomatologie und Diagnostic der Eklampsie (Eklampsie ohne Krämpfe).
Centr. f. Gyn. 1911, № 21.
26. Гусаковъ—Къ симптоматологіи и діагностикѣ Эклямпсіи.
Врачебная Газета 1911, № 5 и № 6.
27. Esch—Zur Eklampsie ohne Anfälle.
Centr. f. Gyn. 1906, № 10.
28. Esch—Ueber Eklampsie.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. B. 58.
29. Jardine—Zwei Fälle von Urämie in der Schwangerschaft; komplette Supression von Urin in einem (letalen) und partielle in dem anderen Falle von Eklampsie ohne Anfall (?).
Ref. Centr. f. Gyn. 1907, № 7.
30. Kleinschmidt—Ein Beitrag zur Kenntnis von den Leberveränderungen bei den puerper. Eklampsie.
Ref. Centr. f. Gyn. 1908, № 7.
31. Krösing—Das Fibrinogen im Blute von normalen Graviden.
Arch. f. Gyn. B. 94.
32. Labhardt—Bemerkungen zu den Biologischen Theorien der Eklampsie.
Zeits. f. Geb. u Gyn. B. 54.

akusher-lib.ru

33. Le Lorier—Traitement des vomissements graves de la grossesse par les injections de serum de femme enceinte normale.
Ref. Jahresber. f. Geb. u Gyn. 1911.
34. Liepmann—Zur Biologie der Placenta.
Zeitsch. f. Geb. u Gyn. B. 56.
35. Линдеманъ—О рвотѣ беременныхъ.
М.К.В. 1893.
36. Mayer—Normales Schwangerenserum als Heilmittel gegen Schwangerschaftsdermatosen im besonderen und Schwangerschaftstoxikosen überhaupt.
Centr. f. Gyn. 1911, № 9.
37. Mayer—Weitere Erfahrungen über die Behandlung von Schwangerschaftstoxikosen mit normalem Schwangerenserum.
Centr. f. Gyn. 1911, № 37.
38. Mayer u Linser—Ein Versuch Schwangerschaftstoxikosen durch Einspritzung von Schwangerschaftserum zu heilen.
Centr. f. Gyn. 1911, № 15.
39. Михновъ—Объ эклямпсіи въ клиническомъ отношеніи.
С.-П-.Б. 1898.
40. Mosbacher—Schwangerschaftsserum bei Pruritus. Gravidarum.
Ref. Iahresber. f. Geb u Gyn.
41. Meyer—Wirz—Klinische Studien über Eklampsie.
Arçh. f. Gyn. C 71.
42. Никифоровъ—Къ вопросу о пуэрпер. эклямпсіи.
Мед. Обозр. 1893. № 16.
43. Nitzche—16 Sections beiunde bei puerperaler Eklampsie.
Ref. Centr. f. Gyn. 1905. № 4.
44. Побѣдинскій—Учебникъ Акушерства.
Mkb. 1909.
45. Poiano—Ueber Pseudoeklampsie.
Zeitsch. f. Geb. u Gyn. B. 70.
46. Постернакъ—Къ вопросу о Hyperemesis gravid.
Дисс. Симферополь 1902.
47. Posen—Tödtliche Nephritis bei Gebärenden ohne Eklampsie.
Arch. f. Gyn. B. 77.
48. Prutz—Ueber das anatomische Verhalten den Nieren bei puerperalen Eklampsie.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. B. 23.
49. Протоколы засѣданій Акуш.-Гинек. О-ва въ Петербургѣ.
Ж. А. и Ж. Б. 1911. 1912.
50. Поспѣловъ—Кожныя болѣзни.
Mkb.—1905.
51. Raubitschek—Über eigeutümliche lecernekrosen nach einer Geburt.
Centr. f. Gyn. 1911. № 6.
52. Reineche—Über Eclampsie ohne Krämfe.
Centr. f. Gyn. 1908. № 8.

akusher.lib.ru

53. Seitz—Eklampsie und Parathyreoidea.
Arch. f. Gyn. B. 89.
54. Seitz—Zur Klinik, Statistik u. Therapie der Eklampsie.
Arch. f. Gyn. B. 87.
55. Sitzenfrei—Eklampsie bei Blasenmole ohne Fötus.
Centr. f. Gyn. 1911. № 9.
56. Скробанскій—Опытъ экспериментальной разработки вопроса о патогенезѣ эклямпсіи.
Ж. А. и Ж. Б. 1910. № 1.
57. Соловьевъ—Случай неукротимой рвоты беременныхъ со множественнымъ невритомъ.
Отчетъ Акуш. Клин. И. М. У. 1890.
58. Судаковъ—Поздняя рвота беременныхъ.
Ж. А. и Ж. Б. 1910. № 1.
59. Улезко-Строганова — Патолого-анатомическія измѣненія послѣда при эклямпсіи.
Ж. А. и Ж. Б. 1900. № 5.
60. Федоровъ—Отчетъ дѣятельн. родильнаго отдѣленія при Петропав. Гор. б-цѣ за 1906 г.
Ж. А. и Ж. Б. 1907.
61. Fellner—Über Schwangerschaftstoxikosen.
Mon. f. Geb. u Gyn. B. 29. 1.
62. Felländer—Über Eklampsie ohne Konvulsion.
63. Финкель—О вліяніи нормальной и имунной сыворотокъ на ядовитыя вещества плацентарной ткани.
Ж. А. и Ж. Б. 1910. № 1.
64. Fieux—La Serotherapie, appliquée au traitement des vomissements graves de la gestation.
Annal. de Gyn. et d'Obst 1912 Dec.
65. Fieux—Патогенезъ и лѣченіе неукротимой рвоты беременныхъ.
Ref. Ж А. и Ж. Б. 1911.
66. Franz—Mit Nabelschnur blutserum geheilte Schwangerschafts dermatos.
Centr. f. Gyn. 1912. № 28.
67. Finger—Болѣзни кожи.
СПБ. Соврем. Мед. и Гиг.—1908.
68. Freund—Serumtherapie bei Schwangerschaftstoxikosen.
Centr. f. Gyn. 1911.
69. Freund—Drei Fälle von Eklampsia puerperalis durch jnjec. von Gravidenserum geheihet.
Ref. Centr. f. Gyn. 1911. № 43.
70. Freund—Mit Pferdeserum geheilte Schwangerschaftstoxikose.
Deut. Med. Wochen. 1911. № 52.
71. Freund—Drei Fälle von Schwangershaftstoxikosen.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. B. 68.
72. Scheuer—Hautkrankheiten Sexuellen Ursprungs bei Frauen.
Рус. переводъ. Медиц. Соврем. 1912.

akusher-lib.ru

73. Chirie und Stern—Über einen Fall von Eklampsie ohne Anfälle.
Ref. Centr. f. Gyn. 1908. № 35.
74. Schickele—Beiträge zur Physiologie und Pathologie der. Schwangerschaft.
Arch. f. Gyn. B. 92.
75. Schlutius—Zur Eklampsie ohne Krämpfe.
Cent. f. Gyn. 1907. № 4.
76. Schmidt—Eklampsie ohne Krämpfe und ohne Bewusstlosigkeit.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. 69.
77. Schmorl—Zur Lehre der Eklampsie.
Arch. f. Gyn. B. 65.
78. Schmorl--Patholog.-anatom. Untersuchungen über Peurperaleklampsie.
Zeipzig.—1893.
79. Zinsser—Ueber die Nierenfunction Eklamptischer.
Zeitschr. f. Geb. u Gyn. B. 70.
80. Riecke—Учебникъ кожныхъ и половыхъ болѣзней.
СПБ.—Практ. Мед. 1910.
81. Chirie—Les Capsules surrénales dans l'eclampsie puerperale et la nephrite gravidique. L'obstetrique Avril 1908.
Ref. Ж. А. и Ж. Б. 1908.
82. Массенъ—Къ патогенезу эклямпсіи.
Ж. А. и Ж. Б. 1893. № 1.
83. Массенъ=Дальнѣйшія данныя къ вопросу о патогенезѣ эклямпсіи.
Ж. А. и Ж. Б. 1894. № 1.
84. Ягодинскій—Патолого-анатомическія измѣненія головного мозга при послѣродовой эклямпсіи.
Реф. Ж. А. и Ж. Б.
85. Blumreich—Эклямпсія.
Соврем. клин. и терапія 1906 г.
86. Лиховецеръ—Эклямпсія и ея лѣченіе по даннымъ Одесскаго Городскаго Родильнаго Дома и Акушерско-Гинекологической Клиники.
Терапевтич. Обозрѣніе 1912. № 3.
87. Побѣдинскій—Къ ученію о родоразрѣшеніи при эклямпсіи.
Ж. А. и Ж. Б. 1909.
88. Строгановъ—О патогенезѣ и лѣченіи эклямпсіи.
Рус. Врач. 1902. № 31.
89. Строгановъ—Профилактическій методъ лѣченія эклямпсіи и его результаты.
Докладъ на 2-омъ съѣздѣ Росск. Ак. и Гин.
90. Скробанскій—Современное состояніе вопроса о лѣченіи эклямпсіи.
Русск. Врач. 1909. № 27.
91. Селицкій—Влагалищное кесарское сѣченіе при эклямпсіи.
Ж. А. и Ж. Б. 1912. № 2.
92. Selitzky—Sectio caesarea vaginalis bei Eklampsie (590 Fâlle) Moskau 1911. Druck von Selikow.
93. Ostrcil—Beitrag zur Therapie der Eklampsie.

akusher-lib.ru

Arch. f. Gyn. B. 67. H. 3.
94. Готлибъ—Объ эклямпсіи.
Медиц. Обозр. 1912.
95. Строгановъ—Лѣченіе по профилактическ. методу въ Вѣнскихъ клиникахъ.
Докладъ на 3-мъ съѣздѣ Рос. Акуш. и Гинек.
96. Строгановъ—Къ лѣченію эклямпсіи по профилактическому способу въ Berlin'скихъ клиникахъ.
Рус. Врач. 1911. № 48.
97. Zyskowitz — Kritisch-statistische Betrachtungen über die in der geb. klinik der kgl. Charite von 1904 bis 1909 beobachteten Eklampsiefâlle.
Berlin 1909 Inaug. Diss.

akusher-lib.ru

Сравненіе профилактичеекаго поворота съ высокими щипцами и самопроизвольными родами при узкомъ тазѣ по матеріалу Московской Акушерской клиники за періодъ съ 1 янв. 1899 по 1 янв. 1912 года.

К. Липскаго.

Ординатора акушерской клиники Московскаго университета.

Воспользовавшись клиническимъ матеріаломъ Московской акушерской клиники за періодъ въ 13 лѣтъ т. е. съ 1-го января 1899 года по 1-е же января 1912 года, мы имѣли въ виду главнымъ образомъ заняться вопросомъ о профилактическомъ поворотѣ.

Прекрасно зная, что въ настоящее время цѣлесообразность и умѣстность этой операціи при узкомъ тазѣ подвергается все большему сомнѣнію и критикѣ и даже полному отрицанію, мы тѣмъ не менѣе, базируясь исключительно на нашихъ клиническихъ данныхъ, взяли на себя трудъ сопоставить результаты этого метода родоразрѣшенія для матерей и для дѣтей съ таковыми же при высокихъ щипцахъ и самопроизвольныхъ родахъ.

При разработкѣ данныхъ различныхъ авторовъ для полученія сводной статистики, какъ русскихъ такъ и иностранныхъ, мы наталкивались на большія затрудненія при попыткахъ воспользоваться ихъ статистическими данными и процентами; часто мы принуждены были отказаться отъ приведенія отдѣльныхъ цифръ въ виду полнаго несоотвѣтствія въ распредѣленіи клиническаго матеріала нѣкоторыхъ авторовъ и нашихъ.

Затрудненіе это, намъ кажется, прежде всего происходитъ отъ недостатковъ въ акушерской номенклатурѣ, а также потому, что всякій отдѣльный авторъ, обрабатывая свой статистическій матеріалъ подходилъ къ вопросу объ узкомъ тазѣ съ своей точки зрѣнія. Вообще единообразія въ этой области почти

akusher-lib.ru

нѣтъ никакого, если не считать одну двѣ монографіи, написанныхъ по одному и тому же плану.

Появленіе нашей работы въ такое время, когда поворотъ почти всѣми оставленъ, можетъ считаться не лишнимъ, если вспомнимъ слова Schröder'a, который въ свое время сказалъ, что: „въ столь важномъ въ практическомъ отношеніи вопросѣ, какъ поворотъ при узкомъ тазѣ, рѣшающее значеніе должны имѣть не теоретическія соображенія но исключительно данныя практическаго опыта".

Такъ какъ мы хотѣли бы видѣть въ своей работѣ выводы изъ клиническаго опыта по вопросу о профилактическомъ поворотѣ, какъ одномъ изъ видовъ профилактическаго метода, то по этой причинѣ и не считаемъ нашъ трудъ излишнимъ.

Мы не можемъ представить очень большой цифровый матеріалъ, какъ это дѣлаютъ иностранные авторы, хотя и располагаемъ клиническимъ матеріаломъ за тринадцать лѣтъ. Весь нашъ клиническій матеріалъ за этотъ періодъ лѣтъ равняется 10304 случаямъ родовъ, изъ которыхъ на долю узкаго таза остается только 2727, но и эта цифра подвергалась сокращенію въ виду того, что мы исключили изъ нея: всѣ роды при неправильныхъ положеніяхъ плода и роды ягодичные, кромѣ того всѣ роды, гдѣ дѣти были вѣсомъ ниже 2500,0; всѣ щипцы при узкомъ тазѣ, положенные въ полости и выходѣ его, а также всѣ преждевременные роды по причинамъ, о которыхъ будетъ сказано ниже; затѣмъ всѣ лечебные повороты, сдѣланные при неправильныхъ положеніяхъ плода, выпаденіяхъ пуповины, предлежаніяхъ дѣтскаго мѣста и пр; всѣ краніотоміи гдѣ предварительно не было щипцовъ или поворота и въ заключеніе всѣ кесарскія сѣченія.

Цифра тазовъ, принятая нами во вниманіе, составляетъ 2173, она обнимаетъ 127 случаевъ профилактическаго поворота, 98 случаевъ высокихъ щипцовъ и 1948 случаевъ самопроизвольныхъ родовъ.

Въ виду того, что многіе авторы въ своихъ работахъ о профилактическомъ поворотѣ сопоставляютъ результаты при поворотѣ съ такими же при самопроизвольныхъ родахъ и высокихъ щипцахъ, то и мы также послѣдовали ихъ примѣру и въ дальнѣйшемъ разбираемъ результаты такъ называемаго выжидательнаго метода съ профилактическимъ, къ которому

относятся также и искусственные преждевременные роды нами опущенные.

Передъ тѣмъ, какъ перейти къ разбору нашего матеріала, само собою понятно, мы должны условиться съ какихъ измѣреній мы будемъ считать тазы узкими. Мы не будемъ останавливаться на вопросѣ какой тазъ нужно считать узкимъ и почему, это отвлекло бы насъ очень далеко отъ нашей темы, Вопросу этому отдано и отдается въ литературѣ такъ много мѣста, что намъ казалось излишнимъ повторяться.

Мы воспользуемся тѣми тазами, въ которыхъ conjugata externa равна 18 см. и ниже и гдѣ vera отъ 9,9 и ниже, а такъ какъ намъ предстоитъ произвести оцѣнку способовъ родоразрѣшенія съ зрѣлыми дѣтьми, то по этой причинѣ мы и выпускаемъ всѣ преждевременные роды Säxinger'a, ибо при нихъ мы расчитываемъ получить завѣдомо недоношенное дитя. Слѣдовательно изъ профилактическихъ операцій нашему вниманію остается поворотъ.

Что касается вопроса о профилактическомъ поворотѣ и его исторіи, то тутъ также написано немало и излагать, особенно исторію возникновенія поворота при узкомъ тазѣ, не говоря конечно, уже объ исторіи возникновенія поворота вообще, входить въ оцѣнку споровъ объ разграниченіи собственно поворота и отдѣльно извлеченія, мы не считаемъ для себя обязательнымъ и возможнымъ изъ боязни слишкомъ расширить рамки нашей работы, да кромѣ того и не видимъ въ этомъ необходимости потому, что данныя эти всѣмъ достаточно хорошо извѣстны.

Для насъ болѣе важно показать имѣемъ ли и мы право, на основаніи нашего опыта, также какъ большинство авторовъ отнестись съ сомнѣніемъ къ цѣлесообразности примѣненія поворота въ теперешнее время, когда акушерство переживаетъ такъ называемую „хирургическую эру". Когда всѣ до сихъ поръ практикуемые акушерами оперативные пріемы кореннымъ образомъ обсуждаются и перерабатываются. Или же мы являемся сторонниками этой операціи и насколько?

Просматривая литературу по этому вопросу за послѣднее время намъ часто приходилось встрѣчать такое отрицательное даже враждебное отношеніе къ профилактическому повороту, что невольно появлялось колебаніе въ сторону ненужности этой операціи или же объ значительномъ ея сокращеніи въ клиникѣ.

Дѣйствительно такъ много пріобрѣлъ себѣ враговъ этотъ, въ свое время прославленный Schröder'омъ, и многими другими оперативный путь родоразрѣшенія при узкомъ тазѣ. Такъ и кажется, что профилактическій поворотъ пережилъ всѣ стадіи своего существованія, т.-е. сперва недовѣрія, затѣмъ увлеченія и теперь, наконецъ, переживаетъ стадію почти полнаго отрицанія и забвенія.

Отовсюду слышны голоса о ненужности этой операціи, заявленія, что выжиданіе должно быть на первомъ планѣ и преобладать, что наконецъ, если представится необходимость операціи, то, обладая извѣстной хирургической техникой, можно сдѣлать одну или другую изъ тазорасширяющихъ операцій или же произвести одно изъ внѣбрюшинныхъ кесарскихъ сѣченій по выбору.

Коротко мы приведемъ здѣсь нѣкоторыя изъ столь многочисленныхъ вообще, мнѣній различныхъ авторовъ, чтобы показать насколько разнорѣчивы сужденія по вопросу о примѣненіи поворота и каково количество его друзей и враговъ.

Между прочимъ довольно категорическими противниками поворота являются такія лица, какъ: Pinard, Menge, Schauta, Franz, Kerr, Munro, Strassman' Baisch, Schulz, Opitz, Lichtenstein, не вполнѣ: Olschausen, Freund, Burger, Franke, Pfannenstil, Fehling, Bauer и еще многіе другіе.

Изъ нашихъ русскихъ авторовъ покойный Красовскій былъ противникомъ операціи, и въ настоящее время противъ него высказались: Оттъ, Феноменовъ, Холмогоровъ, Мацѣевскій и другіе.

Возвращаясь снова къ иностраннымъ авторамъ укажемъ, что Wenzel рекомендуетъ его, какъ конкурирующаго съ пубіотоміей операцію; Wolff также стоитъ за поворотъ, особенно при плоскомъ тазѣ; Zangemeister утверждаетъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ поворотъ можетъ имѣть преимущества и для матери и для плода. Macenrod считаетъ за лучшую терапію поворотъ при плоскомъ тазѣ при conj., vera 7 обычно получаетъ хорошіе результаты правда помимо дѣтей; Henkel полагаетъ показаннымъ поворотъ при равномѣрносуженномъ тазѣ и недостаточной родовой дѣятельности. Knorr, Solowy, Runge, Kraus, Krüll, Veeger, Cjkowski а также многіе другіе это сторонники профилактическаго поворота. Gebhard также за поворотъ, но только не у первородящихъ; по словамъ Leconte при достаточ-

ной ассептикѣ поворотъ болѣе безопасенъ для матерей, чѣмъ для дѣтей. Vogel является также сторонникомъ поворота у многорожавшихъ при тазахъ съ истинной коньюгатой отъ $7^3/_4$ до 9. По мнѣнію Ansems'a поворотъ показанъ при сильныхъ степеняхъ суженія и большой головкѣ ребенка. Bumm повидимому также не вполнѣ отказался отъ этой операціи. Изъ русскихъ Ануфріевъ и Мацѣевскій получили худшіе результаты при поворотѣ, чѣмъ при выжидательномъ методѣ. Итакъ изъ этого перечня à priori видно, какъ рѣзко раздѣлились мнѣнія авторовъ, какъ даже многіе изъ сторонниковъ поворота предлагаютъ производить операціи при строгихъ и опредѣленныхъ показаніяхъ. Поэтому выступить въ защиту поворота въ настоящее время, задача далеко не легкая и мы сказали бы и неблагодарная. Да и не въ этомъ наша задача, мы заинтересованы не защитою этого метода отъ нападокъ, а выясненіемъ вопроса, каковы результаты профилактическаго поворота на нашемъ клиническомъ матеріалѣ, какъ для матерей такъ и для дѣтей; а также большой практическій интересъ представляетъ сравненіе нашихъ цифръ съ таковыми же у другихъ авторовъ, работавшихъ по этому вопросу. Кромѣ этого важно охарактеризовать отношеніе клиники, какъ самостоятельной школы, къ такому важному вопросу, какъ вопросъ о профилактическомъ поворотѣ.

Не лишеннымъ интереса и далеко не рѣшеннымъ является вопросъ, что собственно нужно называть профилактическимъ поворотомъ. Здѣсь мнѣнія авторовъ очень различны и многочисленны. Большинство считаетъ, что чистымъ профилактическимъ поворотомъ можетъ называться такой поворотъ изъ головного положенія въ ножное, гдѣ воды цѣлы и опредѣлено полное открытіе маточнаго зѣва и гдѣ ни плоду ни матери не угражаетъ никакая непосредственная опастность.

Другіе же считаютъ поворотъ профилактическимъ даже и тогда, когда воды прошли задолго до производства операціи. Эта разница въ мнѣніяхъ несомнѣнно сыграла нѣкоторую роль въ судьбѣ поворота и можетъ быть ему во вредъ, такъ какъ мы хорошо знаемъ до чего различны результаты для дѣтей при поворотѣ съ водами и безъ нихъ. Не говоря уже о томъ, что сама шаткость показаній отразилась пагубно на судьбѣ операціи. Вѣдь никто не можетъ сказать утвердительно, приступая къ операціи профилактическаго поворота, удастся

ему получить въ результатѣ живого ребенка или же нѣтъ?! Мы и до сихъ поръ еще не имѣемъ въ своемъ распоряженіи способовъ и раціональныхъ инструментовъ для опредѣленія несоотвѣтствія головки плода съ діаметрами таза матери, а потому конечно, и не можемъ дѣйствовать съ полною увѣренностью въ успѣхъ, не смотря на то, что повседневный опытъ учитъ насъ тому, какъ часто тамъ, гдѣ въ предыдущіе роды щипцами былъ полученъ мертвый ребенокъ при поворотѣ въ слѣдующіе мы получаемъ живого; также часто послѣ предшествовавшаго поворота съ живымъ ребенкомъ съ большею увѣренностью ждемъ получить живого и при слѣдующихъ родахъ, заканчиваемыхъ поворотомъ на ножку, но само собою разумѣется не исключена возможность и не получить желаемаго результата. Все это всѣмъ отлично извѣстно изъ опыта.

Возвращаясь къ нашимъ даннымъ о поворотѣ, мы прежде всего отмѣтимъ насколько часто поворотъ производится и производился въ клиникѣ. Операціей не злоупотребляли, что ясно можно заключить при взглядѣ на прилагаемую ниже таблицу, а за самые послѣдніе годы число случаевъ операціи значительно сократилось. Кромѣ того первородящія по возможности совершенно не подвергались этой операціи.

Необходимо также для дальнѣйшаго остановиться на условіяхъ, при коихъ дѣлали и дѣлаютъ въ клиникѣ профилактическій поворотъ.

Обычно профилактическій поворотъ производился при наличности тяжелаго анамнеза предшествовавшихъ родовъ, при цѣломъ плодномъ пузырѣ или не задолго разорвавшемся; полномъ открытіи маточнаго зѣва; а буде таковаго не было, то послѣ предварительнаго расширенія по Bonnair'у или метрейриза и затѣмъ только поворотъ и извлеченіе послѣ полнаго открытія.

Среди случаевъ поворота, произведенныхъ по вышеуказаннымъ правиламъ, нами введены также еще 41 случай поворотовъ, сдѣланныхъ часто спустя болѣе или менѣе продолжительные промежутки времени отъ прохожденія водъ до момента операціи, но правда всегда послѣ полнаго открытія.

Всѣ эти случаи мы не исключили съ тою цѣлью, чтобы показать какъ велика разница въ результатахъ для дѣтей при чистыхъ поворотахъ и при этихъ и какое громадное значеніе имѣетъ цѣлость водъ для производства операціи поворота съ благопріятнымъ исходомъ для ребенка.

Можетъ быть то отрицательное отношеніе къ профилактическому повороту, которое теперь наблюдается, произошло отъ того, что часто операцію дѣлали тамъ, гдѣ ея не нужно было дѣлать или же гдѣ моментъ для производства поворота былъ пропущенъ и получили поэтому плохіе результаты.

Это мы видимъ на вышеуказанныхъ 41 поворотѣ, произведенныхъ уже послѣ прохожденія водъ, но правда по другимъ причинамъ, о которыхъ скажемъ ниже.

Наши 127 профилактическихъ поворотовъ составлены, какъ видно изъ сказаннаго, изъ 41 только что упомянутаго поворота и 86 чистыхъ профилактическихъ.

Сумма эта на все количество родовъ составляетъ по нашимъ вычисленіямъ 1,2%. Далѣе, если взглянуть на ниже приводимыя процентныя отношенія на все количество узкихъ тазовъ у насъ и у другихъ авторовъ, то будетъ ясно, что нашъ матеріалъ стоитъ приблизительно среднимъ между остальными. Слѣдовательно объ увлеченіи профилактическимъ поворотомъ въ клиникѣ говорить нѣтъ никакой надобности.

Дѣйствительно приводимыя ниже данныя изъ различныхъ иностранныхъ статистикъ несомнѣно говорятъ за это:

ФАМИЛІЯ АВТОРА.	Процентъ на весь узкій тазъ.
Döderlein	0,6
Bürger (Schauta).	1,7
Kronig	2,5
Chrobak	2,5
Москов. Акуш. Клин.	4,6
Fritsch Reifercheid	5,5
Braun—Herzfeld.	6,0
Hofmeier	6,8
Winter Magnus.	10,0
Bonuinghausen	11,0
Wolff.	11,7

Какъ мы видимъ есть много авторовъ, которые упоминаютъ о гораздо большихъ процентныхъ отношеніяхъ по сравненію съ ними, а нѣкоторые, напримѣръ Wolff является прямо-

таки горячимъ сторонникомъ операціи: онъ имѣетъ довольно высокій процентъ этой операціи на всѣ узкіе тазы, но очень доволенъ результатами, полученными при профилактическомъ поворотѣ, особенно при плоскомъ тазѣ.

Чтобы представить болѣе ясно весь матеріалъ о профилактическомъ поворотѣ за эти тринадцать лѣтъ мы расположили всѣ наши повороты на таблицѣ I (первой), мы не включили сюда процентныя отношенія, а ограничились цифровыми данными потому, что въ ниже приводимыхъ табличкахъ всѣ эти процентныя отношенія будутъ болѣе наглядны въ связи съ такими же данными другихъ авторовъ.

Таб. I. Профилактическій поворотъ.

ГОДЫ.			1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	Итого.
Число поворотовъ			18	12	10	14	14	11	7	6	8	9	6	5	7	127
Число у первородящ.			1	2	2	2	4	1	—	—	—	1	—	—	—	13
Число у многорожавш.			17	10	8	12	10	10	7	6	8	8	6	5	7	114
Primi para.	Число мертв. дѣтей.		—	1	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	5
	Число жив. дѣтей		—	1	2	2	2	—	—	—	—	1	—	—	—	8
Multi para.	Число мертв. дѣтей		5	1	1	2	1	3	3	2	2	—	2	1	3	26
	Число жив. дѣтей		12	9	7	10	9	7	4	4	6	8	4	4	4	88
Число забол. матерей.			—	—	1	1	2	—	2	—	—	1	1	—	—	8
Число смерт. матерей.			—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
Тазы.	Плоскіе		15	4	7	9	10	8	7	4	5	5	2	2	4	82
	Плоско-рахитическіе.		1	1	—	1	1	—	—	—	2	1	2	1	1	11
	Обще-суженные		2	7	3	4	3	2	—	2	1	2	1	2	2	31
	Обще-сужен. плоск.		—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	3
	Conj vera.	9,9—9,0.	2	4_2	—	2	3	3_1	—	3_1	4	3	1_1	1	3_1	29_6
		8,9—8,0.	14_3	8	10_1	10_2	7_1	8_3	6_2	3_1	3_1	6	5_1	3_1	4_2	87_{18}
		7,9—7,0.	2_2	—	—	2	3_3	—	1_1	—	1_1	—	—	1	—	10_7
		6,9—6,0.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1

Въ этой таблицѣ матеріалъ приведенъ по годамъ, а также распредѣленъ по характеру тазовъ. Изъ подраздѣленія поворота у многорожавшихъ и первородящихъ видно насколько чаще поворотъ былъ произведенъ у первыхъ по сравненію со вторыми; затѣмъ указано количество, какъ живыхъ такъ и мертвыхъ дѣтей у primi—para и multi para; кромѣ того указаны цифры заболѣваній и смертности матерей. Изъ подраздѣленія тазовъ по характеру видно, что преобладаютъ тазы

плоскіе и обще-суженные, встрѣчаются также плоско-рахитическіе и обще-суженные плоскіе. Въ дальнѣйшемъ для удобства сравненія мы приняли въ круглыхъ цифрахъ 93 плоскихъ и 34 обще-суженныхъ. Всѣ тазы разбиты также по степенямъ суженія на 4 разряда за верхній предѣлъ взята conjugata vera въ 9,9. Вычисленіе по большей части производилось вычитаніемъ $1^1/_2$ см. изъ conjugat'ы diagonalis или же прямымъ измѣреніемъ по Bilizky. Въ рубрикахъ распредѣленія тазовъ по степенямъ суженія стоятъ часто по двѣ цифры маленькая и большая. Крупныя цифры обозначаютъ все количество рожденій при данной степени суженія, маленькія же указываютъ только количество мертворожденій. При взглядѣ на итоги въ этихъ же рубрикахъ видно, какъ количество мертворожденій возрастаетъ съ укороченіемъ conjugat'ы, что особенно рельефно видно изъ сопоставленія цифръ при суженіи 8,9—8,0 и 7,9—7,0.

Нѣсколько выше мы говорили о томъ, что операція поворота преобладаетъ у multi—para, теперь мы позволимъ себѣ остановиться на этомъ нѣсколько дольше въ связи съ большею смертностью дѣтей у первородящихъ. Явленіе это подмѣчено многими авторами и поэтому большинство ихъ такъ настаиваетъ на совершенномъ исключеніи профилактическаго поворота у первородящихъ.

Дѣйствительно мы можемъ привести примѣръ изъ нашего собственнаго матеріала: изъ 13 рожденій у первородящихъ на долю мертворожденій приходится 5, что составляетъ 38,46% смертности дѣтей, тогда какъ тотъ же процентъ у многорожавшихъ будетъ значительно ниже т.-е 22,8%. Такимъ образомъ наблюденіе это подтверждается и на нашемъ матеріалѣ и конечно имѣло большое вліяніе на почти полное сокращеніе за послѣднее время этой операціи у первородящихъ въ нашей клиникѣ.

Относительно смертности дѣтей нами также, какъ и другими отмѣчено явленіе, заключающееся въ томъ, что смертность дѣтей значительно выше при поворотахъ, произведенныхъ послѣ прохожденія водъ, чѣмъ при поворотахъ съ водами. Для наглядности и справедливости нашихъ словъ мы расположили всѣ наши повороты въ двѣ отдѣльныя группы на табл. II-ой; въ одну группу помѣстили всѣ повороты съ прошедшими водами въ различные сроки до производства операціи, а въ другую всѣ повороты при цѣлыхъ водахъ съ

подраздѣленіемъ всѣхъ поворотовъ по степенямъ тазового суженія.

Таб. II. Зависимость смертности дѣтей отъ времени прохожденія водъ и степени суженія таза при проф. поворотѣ.

Conjugata vera.	Повороты при цѣлыхъ водахъ и полномъ открытіи.					Повороты при полномъ открытіи, но спустя болѣе или менѣе продолж. время послѣ прохожденія водъ.				
	Число случ.	% смер дѣтей.	Вѣсъ дѣтей.			Число случ.	% смер. дѣтей.	Вѣсъ дѣтей.		
			Выс.	Средн.	Низш.			Высш.	Средн.	Низш.
9,9-9,0	20_3	15%	4500,0.	3250,0.	2600,0.	9_4	44,4%	4400,0.	3550,0.	2800,0.
8,9-8,0	59_{11}	18,6%				26_8	30,8%			
7,9-7,0	6_3	50,0%				6_2	33,3%			
6,9 6,0	1	0				—	—			
	86_{17}	19,8%				41_{14}	34,17			

Полученныя нами процентныя отношенія и цифровыя данныя отвѣчаютъ на два вопроса: 1). Зависитъ ли смертность дѣтей отъ времени прохожденія водъ. 2). Зависитъ ли смертность дѣтей отъ степени суженія таза. Что на оба эти вопроса получаются утвердительные отвѣты мы дѣйствительно видимъ разсматривая данную II-ую табличку, гдѣ изъ общаго процента смертности дѣтей въ обѣихъ рубрикахъ ясно, какъ велика эта разница смертности дѣтей при поворотахъ съ водами и безъ водъ, особенно съ большимъ промежуткомъ до операціи.

Мы въ первомъ случаѣ вычислили смертность въ 19,8% и во второмъ въ 34,17%. Что смертность дѣтей увеличивается съ укороченіемъ conjugat'ы vera это особенно рельефно видно при поворотахъ съ цѣлыми водами, гдѣ неблагопріятное вліяніе прохожденія водъ само собою разумѣется исключается.

Такимъ образомъ эта табличка даетъ намъ въ цѣломъ отвѣтъ на первый вопросъ и въ первой своей части на второй, кромѣ того изъ средняго вѣса дѣтей видно, что при поворотахъ безъ водъ дѣти большаго вѣса, чѣмъ при поворотахъ съ водами.

Точно также, какъ и въ I-й таблицѣ здѣсь маленькія цифры обозначаютъ число мертвыхъ дѣтей для каждой изъ степеней суженія таза, а крупныя всѣ рожденія.

Что касается того почему была произведена операція поворота въ выше упомянутыхъ нами 41 случаѣ поворота, то мы можемъ сослаться на Schroder'a, который говорилъ:

akushelib.ru

„если несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ не совсѣмъ незначительно, то поворотъ умѣстенъ тогда, когда потуги оказываются слабыми или когда этого можно ожидать на основаніи предшествовавшихъ родовъ“.

Фактически часто такъ и было, что вялая родовая дѣятельность и къ тому же очень продолжительная была причиною производства операціи поворота вопреки, между прочимъ, принятому въ клиникѣ методу, да и вторая причина—предшествовавшій анамнезъ не исключена, если роженица потеряла воды до прибытія въ учрежденіе.

Что касается общей смертности дѣтей при профилактическомъ поворотѣ, то она по нашимъ даннымъ равняется 24,4%, если же мы произведемъ вычетъ послѣдующихъ перфорацій, то выразится нѣсколько меньшею цифрою а именно: 19,7%. Въ тѣхъ статистикахъ, которыми мы воспользовались для нашей работы процентныя отношенія смертности дѣтей при профилактическомъ поворотѣ колеблятся въ весьма широкихъ предѣлахъ. Въ общемъ мы все же соединили ихъ въ одно цѣлое въ нижеприводимой табличкѣ:

Смертность дѣтей въ %% по авторамъ, при профилактическомъ поворотѣ.

Фамилія автора.	% смѣт. дѣт.
Dembowska	43,75
Leconte	28,1
Bönninghausen	26,0
Kraus	25,6
Wolff	24,5
Москов. Акуш. Клин.	24,4
Samanek	22,9
Brose	20,0
Chwilwizky	18,2
Krönig	13,5
Baisch	12,0
И многіе другіе	—

akusher-lib.ru

Безъ всякаго сомнѣнія нами упомянуты здѣсь далеко не всѣ авторы, работавшіе по этому вопросу, но и приведенныхъ данныхъ достаточно, чтобы показать, какъ колеблется процентъ смертности дѣтей при поворотѣ, трудно сказать отчего это зависитъ, но во всякомъ случаѣ ясно, что онъ идетъ на убыль.

Можетъ быть тѣ авторы, которые получили меньшій процентъ смертности дѣтей строже придерживались указаній Simpson'a и Schroder'a и производили поворотъ по большей части при плоскомъ тазѣ. Кромѣ этого немаловажное значеніе имѣетъ тотъ фактъ, кто производитъ операціи, т.-е. болѣе опытный врачъ или менѣе.

Современные авторы однако недовольны результатами при профилактическомъ поворотѣ и стремятся къ улучшенію результатовъ для дѣтей путемъ полнаго отказа отъ операціи поворота и замѣною его тазорасширяющими операціями или внѣбрюшинными кесарскими сѣченіями, особенно горячо съ цифрами въ рукахъ рекомендуетъ это Baisch.

Мы не имѣемъ большого опыта въ тазорасширяющихъ операціяхъ, но тѣ данныя, которыя имѣются въ литературѣ, напримѣръ данныя Schläfli, который собралъ 700 пубіотомій и сдѣлалъ сводку всѣхъ осложненій послѣ нихъ не позволяютъ относиться съ особенною горячностью къ этому методу.

Онъ получилъ 4% смертности матерей 9% смертности дѣтей; поврежденія пузыря въ 12%; лихорадочное состояніе въ послѣродовомъ періодѣ въ 31%; Hernial in Knochenspaltung 7%, и проч. и проч.

Но возвратимся къ смертности дѣтей въ нашемъ матеріалѣ За исключеніемъ 31 погибшаго ребенка, изъ которыхъ у нѣсколькихъ было обнаружено кровоизліяніе въ мозгъ при аутопсіи; наблюдались также по одному разу fractura claviculae и fractura humeri.

Что касается матерей, то онѣ пострадали слѣдующимъ образомъ: остановимся сначала на ихъ смертности при профилактическомъ поворотѣ и затѣмъ на заболѣваемости. Умерли у насъ двѣ родильницы причемъ одна отъ скорбута. Общая смертность въ процентахъ слѣдовательно равна 1,6%, вѣрнѣе, конечно, значительно меньше т.-е. 0,8%. У. другихъ·

Смертность матерей.

Фамилія авторовъ.	% см. мат.
Leconte	3,1
Dembowska	3,0
Wolff	2,6
Ladner	2,4
Burger	1,05
Москов. Акуш. Клин.	0,8
Kraus	0,8
И другіе	—

Такимъ образомъ мы видимъ, что смертность матерей въ клиникѣ при профилактическомъ поворотѣ очень не велика даже при сравненіи съ данными иностранныхъ авторовъ.

Теперь перейдемъ къ заболѣваемости родильницъ: всего ихъ было 7 т.-е. 6,3%.

Въ это же число входятъ три разрыва шейки, изъ нихъ одинъ двухсторонній.

У нѣкоторыхъ другихъ авторовъ, взятыхъ нами для сравненія, получились приблизительно слѣдующія процентныя отношенія, которыя мы здѣсь и помѣщаемъ:

Заболѣваемость матерей при поворотѣ.

Фамилія автора.	% забол.
Dembowska	12,5
Bürger	11,5
Kraus	10,25
Москов. Акуш. Клин.	6,3
Ladner	4,8
И многіе другіе	—

Изъ осложненій при операціи наблюдались четыре раза ручное отдѣленіе послѣда и однажды оболочекъ, другихъ осложненій не отмѣчено.

akusher-lib.ru

Въ конечномъ итогѣ не смотря на то, что часть случаевъ поворота была произведена спустя болѣе или менѣе продолжительное время послѣ прохожденія водъ не смотря на нѣкоторыя поврежденія мягкихъ родовыхъ путей и другихъ отягчающихъ обстоятельствъ, какъ производство операціи различными лицами и пр., мы все же получили не выскій процентъ заболѣваемости.

Если бы мы сравнили эти процентныя отношенія съ цифрами процентовъ, полученныхъ нами же при высокихъ щипцахъ, то перевѣсъ остался-бы несомнѣнно на сторонѣ профилактическаго поворота. При щипцахъ процентъ заболѣваемости матерей по нашимъ даннымъ 18,35 т.-е почти втрое больше, чѣмъ при поворотѣ, а у другихъ авторовъ и еще выше.

Повидимому разможеніе тканей при поворотѣ значительно меньше, чѣмъ при щипцахъ, что несомнѣнно выгодно отражается на результатахъ для матерей. Такъ или иначе, но фактъ преимущества поворота передъ высокими щипцами на лицо, при поворотѣ мы не получали такихъ тяжелыхъ поврежденій, какъ при щипцахъ и имѣемъ значительно меньшую заболѣваемость матерей.

Резюмируя все сказанное о поворотѣ мы должны указать на желательное сокращеніе смертности дѣтей, такъ какъ наши процентныя отношенія смертности дѣтей, даже редуцированныя, мы признаемъ высокими.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію данныхъ о высокихъ щипцахъ мы остановимся нѣсколько для того, чтобы условиться про какіе высокіе щипцы мы будемъ говорить. Подъ высокими щипцами мы понимаемъ щипцы, наложенные на головку неподвижно стоящую во входѣ въ тазъ, щипцы въ верхней части полости и вообще въ полости разбирать не будемъ.

Всѣхъ высокихъ щипцовъ за этотъ промежутокъ времени было 98 случаевъ. Мы расположили ихъ на таблицѣ III (третьей), съ такимъ же подраздѣленіемъ какъ и повороты на первой.

Мы думаемъ провести сравненіе результатовъ, полученныхъ при высокихъ щипцахъ съ результатами при поворотѣ не взирая на то, что въ литературѣ имѣются указанія на на нераціональность подобнаго сравненія. Встрѣчаются также авторы, которые между прочимъ говорятъ о показаніяхъ къ наложенію щипцовъ какъ о парадоксальныхъ показаніяхъ.

akusher-lib.ru

Надо полагать, что они смотрятъ на щипцы, какъ на послѣдній шагъ на выжидательномъ пути къ перфораціи т.-е накладываютъ ихъ тамъ, гдѣ ребенокъ все равно обреченъ на гибель. Нашъ матеріалъ не позволяетъ намъ такъ смотрѣть на дѣло, что мы надѣемся показать въ цифрахъ нашей таблицы. Если же стать на такую точку зрѣнія, то тогда лучше дѣлать поворотъ и получать наши 24%, чѣмъ доводить дѣло до перфораціи.

Таб. III. Высокіе щипцы.

ГОДЫ.			1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	Итого.
Число щипцовъ			6	4	4	13	10	14	7	5	9	4	7	6	9	98
Число у первородящ.			2	—	1	5	5	2	2	1	1	—	3	—	1	23
Число у многородящ.			4	4	3	8	5	12	5	4	8	4	4	6	8	75
Primi para.	Число мертв. дѣтей		1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	3
	Число жив. дѣтей		1	—	1	5	4	2	2	1	—	—	3	—	1	20
Multi para.	Число мертв. дѣтей		—	1	1	1	2	2	—	1	—	1	1	2	2	14
	Число жив. дѣтей		4	3	2	7	3	11	5	3	8	3	3	4	5	61
Число заболѣв. матерей			1	1	—	1	3	3	—	—	—	2	3	2	2	18
Число смерт. матерей			—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Тазы.	Плоскіе		4	1	3	9	4	5	5	3	6	3	4	4	7	58
	Плоско-рахит.		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Обще-суженные		—	3	1	2	3	4	1	2	3	1	1	1	1	23
	Обще-суженные плоск.		2	—	—	2	3	5	1	—	—	—	2	1	1	17
	Conjug vera.	9,9—9,0	—	4_1	4_1	11	7	11	6	5_1	8	4_1	5	6_2	9_2	80_8
		8,9—8,0	4	—	—	1_1	3_3	2_1	1	—	—	—	2_1	—	—	13_6
		7,9—7,0	2_1	—	—	1	—	1_1	—	—	1_1	—	—	—	—	5_3
		6,9—6,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Высокіе щипцы примѣнялись въ клиникѣ у первороженицъ втрое рѣже, чѣмъ у многорожавшихъ, что однако не стоитъ въ связи съ количествомъ мертворожденій, какъ это мы видѣли при поворотѣ, такъ, что это наблюденіе не имѣетъ здѣсь такого значенія; здѣсь, наоборотъ, большая смертность дѣтей наблюдается у женщинъ многорожавшихъ.

Насколько часто производилось наложеніе высокихъ щипцовъ видно изъ приводимыхъ ниже данныхъ, въ которыхъ сведены процентныя отношенія частоты операціи высокихъ щипцовъ на весь узкій тазъ, какъ наши, такъ и другихъ авторовъ:

akusher-lib.ru

ФАМИЛІЯ АВТОРА.	% %
Leopold	0,5
Döderlein	1,0
Ludwig и Sawor (Chrobak)	1,7
Kronig	2,8
Fritsch	2,5
Bürger (Schauta)	2,7
Москов. Акуш. Клин.	4,0
Hofmeier	4,2
Baisch	4,5
Wollff	5,6
Braun Herzfeld	10,5
Tauffer	15,0
И другіе	—

Изъ всего нашего числа высокихъ щипцовъ на долю плоскаго таза приходится 58 случаевъ, а всѣ остальные распредѣлились между обще-суженнымъ и обще-суженнымъ плоскимъ тазами, 23 для перваго и 17 для второго; въ круглыхъ цифрахъ слѣдовательно 58 для плоскаго и 40 для обще-суженнаго.

Въ дальнѣйшемъ намъ придется остановиться на разсмотрѣніи результатовъ, какъ профилактическаго поворота, такъ щипцовъ и самопроизвольныхъ родовъ при плоскомъ и обще-суженномъ тазахъ т.-е. выяснить имѣетъ ли какое-либо значеніе характеръ таза на исходъ того или иного способа родоразрѣшенія для матери и ребенка.

Щипцы были наложены у первородящихъ 23 раза съ тремя мертвыми дѣтьми т.-е 13,0% смертности дѣтей и въ 75 случаяхъ у многорожавшихъ съ 14 мертворожденіями, что составляетъ 18,66%. А всего слѣдовательно погибло въ связи съ операціей 17 дѣтей т.-е. 17,3%. У другихъ авторовъ дѣло обстоитъ слѣдующимъ образомъ:

ФАМИЛІЯ АВТОРА.	% смертн. дѣтей.
Scipiades	54,3
Baisch	43,8
Bürger	23,7
Виридарскій	21,4
Peham	19,2
Москов. Акуш. Клин.	17,3
И многіе другіе	—

akushergalib.ru

Нашъ процентъ на самомъ дѣлѣ еще ниже, такъ какъ въ цифру 17,3% входитъ одна перфорація послѣ пробныхъ щипцовъ, такъ что настоящій процентъ выразится въ цифрѣ 16,3%.

Переходя къ матерямъ мы также какъ и при поворотѣ остановимся на ихъ смертности и заболѣваемости.

Что касается смертности матерей, то она у насъ не велика, что видно изъ слѣдующаго сопоставленія нашихъ процентныхъ отношеній и другихъ авторовъ:

ФАМИЛІЯ АВТОРА.	% смерт. матерей.
Scipiades	6,3
Baisch	4,2
Peham	2,5
Виридарскій	2,3
Bürger	1,3
Москов. Акуш. Клин.	1,02
И другіе	—

На заболѣваемости матерей мы позволимъ себѣ остановиться нѣсколько подробнѣе въ виду того, что признаемъ процентъ заболѣваемости въ нашемъ матеріалѣ высокимъ.

ФАМИЛІЯ АВТОРА.	% заболѣв. матерей.
Виридарскій	30,0
Москов. Акуш. Клин.	18,35
Bürger	8,1
И другіе	—

Въ поискахъ объясненій этому факту важно понятно отмѣтить, что погибла только одна женщина—это до извѣстной степени указываетъ на то обстоятельство, что инфекція у заболѣвшихъ не носила характера тяжелаго септическаго страданія, а скорѣе представляла всасывательный процессъ на почвѣ значительнаго поврежденія мягкихъ родовыхъ путей, ихъ разможенія, связаннаго безспорно съ значительнымъ пониженіемъ сопротивляемости тканей ко всякаго рода вредностямъ; нѣкоторымъ подтвержденіемъ нашего предположенія

akusher-lib.ru

о травмѣ можетъ служить указаніе на большій вѣсъ дѣтей при щипцахъ по сравненію съ поворотомъ. Въ приводимой нами ниже таблицѣ сравнительнаго вѣса дѣтей это очень хорошо видно.

Что касается поврежденій, то ихъ при высокихъ щипцахъ было вотъ сколько: Разрывовъ промежности первой и второй степени 18, затѣмъ 8 разрывовъ шейки, изъ нихъ одинъ двухсторонній; кромѣ того разрывы шейки трижды комбинировались съ разрывомъ промежности. Поврежденій шейки вѣроятно было бы и еще больше, если бы для избѣжанія ихъ не были производимы въ 5 случаяхъ насѣчки на шейку.

Изъ осложненій нужно еще упомянуть о трехъ случаяхъ отдѣленія рукою послѣда и дважды оболочекъ.

Воспользоваться данными различныхъ авторовъ относительно заболѣваемости матерей при высокихъ щипцахъ представляется въ большинствѣ случаевъ серіознымъ затрудненіемъ, такъ какъ авторы по большей части разсматриваютъ щипцы и заболѣваемость при нихъ не подраздѣляя ихъ на группы, а въ большинствѣ случаевъ даютъ общій процентъ, которымъ мы къ сожалѣнію воспользоваться не можемъ при разсмотрѣніи только высокихъ щипцовъ, авторы же часто присоединяютъ высокіе щипцы и при нормальномъ тазѣ или дѣлаютъ сводку о щипцахъ не только высокихъ но и полостныхъ.

Заканчивая разборъ нашего матеріала о высокихъ щипцахъ мы должны установить, что щипцы у насъ дали немного меньшую, чѣмъ при профилактическомъ поворотѣ, смертность дѣтей, но въ тоже время довольно высокую заболѣваемость для матерей. Если бы заболѣваній не было такого количества, то результаты для высокихъ щипцовъ нельзя было бы признать плохими.

Теперь переходимъ къ самопроизвольнымъ родамъ, которыхъ число въ нашемъ матеріалѣ 1948. Всѣ они также, какъ поворотъ и щипцы расположены на ниже приводимой IV таблицѣ, совершенно аналогичной первой и третьей. Единственный пунктъ ея требуетъ поясненія; въ таблицѣ указано число мертворожденій общею суммою 132, тогда какъ въ дѣйствительности изъ этой суммы нужно сдѣлать вычетъ 13 мацерированныхъ дѣтей и 9 умершихъ до родовъ, такъ что получится уже цифра 111 вмѣсто 132, а въ процентахъ вмѣсто 6,8% будетъ 5,7%.

Таб. IV. Самопроизвольные роды.

ГОДЫ.		1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	Итого.
Число родовъ		296	208	203	190	120	114	117	160	144	153	88	82	73	1948
Число у первороженицъ		93	87	86	43	36	35	27	39	42	36	19	16	20	579
Число у многорож.		203	121	117	147	84	79	90	121	102	117	69	66	53	1369
Primi para.	Число жив. дѣтей	85	82	80	40	32	32	23	34	36	34	19	15	20	532
	Число мертв. дѣтей	8	5	6	3	4	3	4	5	6	2	—	1	—	47
Multi para.	Число жив. дѣтей	190	110	108	141	76	70	85	113	95	110	68	66	52	1284
	Число мертв. дѣтей	13	11	9	6	8	9	5	8	7	7	1	—	1	85
Число заболѣв. матерей		4	3	4	4	3	2	5	3	4	4	2	3	2	43
Число смертей матерей		1	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	4
Тазы.	Плоскій	254	155	154	144	73	66	74	112	97	111	54	55	51	1400
	Плоско-рахит.	3	7	4	3	6	2	1	2	3	1	3	3	2	38
	Обще-суженный	25	31	30	28	28	29	28	31	28	27	18	15	12	330
	Обще-сужен. плоск.	14	15	15	15	14	16	14	15	16	14	13	10	9	180
	Conj vera. 9,9—9,0	206	168	153	157	107	104	85	116	106	105	71	70	60	1508
	Conj vera. 8,9—8,0	90	40	50	33	13	10	32	44	38	48	17	12	13	440
	Conj vera. 7,9—7,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Conj vera. 6,9—6,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

При conjugat'ѣ vera ниже 8,0. самопроизвольные роды въ клиникѣ не встрѣчались за взятый нами промежутокъ лѣтъ.

Что касается частоты самопроизвольныхъ родовъ при узкомъ тазѣ, то изъ ниже помѣщенной сводной таблички видно, что больше 71,0% родовъ проходятъ клиникѣ безъ всякаго оперативнаго пособія.

Для сравненія частоты родовъ при узкомъ тазѣ мы имѣемъ слѣдующія данныя:

ФАМИЛІЯ АВТОРА.	% %.
Холмогоровъ	99,2
Leopold	81,0
Baisch	80,0
Pinard	79,0
Kronig	78,0
Bürger	77,8
Scipiades	76,0
Peham	72,43
Москов. Акуш. Клин.	71,44
Jamasaki	69,6
Якобсонъ	69,7
Hofmeier	65,0
Richter	64,7
Bonninghausen	60,0
Jagodsinski	45,8
И другіе	—

akushelp.ru

Мы далеки еще отъ большихъ процентовъ Холмогорова, Leopold'a и Baich'a, но все таки оперативное родоразрѣшеніе у насъ колеблется въ предѣлахъ 27,—28%%, тогда какъ много учрежденій идутъ въ этомъ направленіи далеко впереди насъ.

Смертность дѣтей въ нашемъ матеріалѣ распредѣлилась между первородящими и многородящими въ такомъ количествѣ; на 579 первороженицъ мы получили 8,1% смертности дѣтей, а на 1284 повторнородящихъ 6,7%. Такимъ образомъ смертность дѣтей при самопроизвольныхъ родахъ выше у первородящихъ, чѣмъ у многородящихъ. Чтобы представить какова смертность дѣтей и у другихъ авторовъ мы взяли табличку Bürgera и присоединили къ ней наши процентныя отношенія.

Табличка эта представляется въ слѣдующемъ видѣ:

ФАМИЛІЯ АВТОРА.	%%
Schneider	1,07
Franke	1,60
Bürger	2,2
Kissinger	2,34
Toth	2,9
Baisch	3,3
Heinricus	4,8
Knapp	4,9
Москов. Акуш. Клин.	5,7
Ludwig und Sawor	9,4
Weidling	12,9
И многіе другіе	—

Смертность матерей и заболѣваемость ихъ, конечно, гораздо, ниже чѣмъ при высокихъ щипцахъ и профилактическомъ поворотѣ, что лучше всего можно будетъ видѣть въ помѣщенной ниже табличкѣ, въ которой мы соединили всѣ полученныя нами данныя послѣ всѣхъ трехъ способовъ родоразрѣшенія.

Что касается смерти матерей и ихъ заболѣваемости по сравненію съ другими авторами, то это мы иллюстрировали двумя табличками, къ которымъ и перейдемъ:

akusher-lib.ru

%% смертности матерей.

ФАМИЛІЯ АВТОРА.	%%
Москов. Акуш. Клин. .	0,2
Peham.	0,15
Bürger	0,09
И другіе	—

%% заболѣв. матерей.

ФАМИЛІЯ АВТОРА.	%%
Якобсонъ (Оттъ)	11,8
Baisch.	6,0
Bürger	4,1
Москов. Акуш. Клин. .	2,2
И другіе.	—

Заканчивая разборъ матеріала о самопроизвольныхъ родахъ необходимо, подтвердить желаніе большинства современныхъ авторовъ стремиться къ проведенію большинства родовъ силами природы. Кромѣ того мы должны упомянуть, что вѣсъ дѣтей при самопроизвольныхъ родахъ въ среднемъ гораздо ниже вѣса дѣтей при профилактическомъ поворотѣ, а особенно при высокихъ щипцахъ.

Послѣ того, какъ мы разсмотрѣли въ отдѣльныхъ главахъ поворотъ, высокіе щипцы и самопроизвольные роды интересно сопоставить результаты этихъ родоразрѣшеній въ общей табличкѣ для наглядности:

Методъ.	Профилактич.	Выжидательный.	
Способъ родоразрѣшенія.	Поворотъ.	Выс. щипцы.	Самопр. роды.
Общее число случаевъ. . . .	127	98	1948
% смертности дѣтей.	24,4 (19,7)	17,3 (16,3)	6,8 (5,7)
% смертности матерей. . . .	1,6 (0,8)	1,02	0,2
% заболѣв. матерей.	6,3	18,35	2,2

Цифры въ скобкахъ обозначаютъ редуцированный процентъ смертности, а получились онѣ послѣ исключенія 6 послѣдующихъ перфорацій при поворотѣ, 1 послѣ высокихъ щипцовъ и 21 ребенка при самопроизвольныхъ родахъ т.-е. 13 мацерированныхъ и 9 умершихъ до родовъ.

Въ виду того, что вообще отмѣчается разница въ результатахъ всѣхъ родоразрѣшеній въ зависимости отъ характера таза, то мы также обратили на это вниманіе и ниже даемъ двѣ таблички посвѣщенныя этому вопросу. Всѣ методы родоразрѣшенія дали намъ болѣе неблагопріятные результаты при обще-суженномъ тазѣ, чѣмъ при плоскомъ. Въ частности от-

akusher-lib.ru

носительно профилактическаго поворота это наблюденіе стоитъ въ полномъ согласіи съ мнѣніемъ такихъ акушеровъ какъ Schröder Simpson и наблюденіемъ многихъ русскихъ и иностранныхъ авторовъ. Вѣдь потому еще Schröder рекомендовалъ поворотъ по преимуществу у женщинъ съ плоскимъ тазомъ.

Распредѣленіе матеріала по характеру тазовъ.

Тазы.	Назв. родоразрѣшенія.	Число случаевъ.	% смерт. дѣтей.	% смерт. матерей.	% забол. матерей.
Плоскій.	Профилакт. поворотъ	93	20.43	1,08	5,4
	Высокіе щипцы.	58	17,24	1,7	12,1
	Самопроизв. роды.	1438	6,67	0,2	2,0
Обще-суженный.	Профилакт. поворотъ	34	33,5	2,9	8,8
	Высокіе щипцы.	40	17,5	—	27,5
	Самопроизв. роды.	510	7,0	0,2	3,0

Въ приведенной таблицѣ показаны только общіе итоги, въ слѣдующей же получены процентныя отношенія для каждой отдѣльной степени суженія при томъ же подраздѣленіи на плоскіе и обще-суженные тазы:

Распредѣленіе матеріала по характеру таза и степени суженія.

Тазы.	Conjugata vera.	Профилак. поворотъ.							Высокіе щипцы.							Самопроизв. роды.						
		Число случаевъ.	Число случаевъ смерти дѣтей и процентъ.		Число случаевъ смерти матерей и процентъ.		Число заболѣваній матерей и процентъ.		Число случаевъ.	Число случаевъ смерти дѣтей и процентъ.		Число смертей матерей и процентъ.		Число заболѣваній матерей и процентъ.		Число случаевъ.	Число смертей дѣтей и процентъ.		Число смертей матерей и процентъ.		Число заболѣваній матерей и процентъ.	
Плоскіе.	9,9—9,0	22	2	9,0	—	—	1	6,7	49	6	12,24	1	2,0	6	12,24	975	62	6,3	—	—	16	1,6
	8,9—8,0	67	15	22,4	1	2,17	3	6,5	9	4	44,4	—	—	1	11,1	463	34	7,8	3	0,65	12	2,6
	7,9—7,0	3	2	66,6	—	—	1	16,6	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	6,9—6,0	1	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Обще-суженные.	9,9- 9,0	7	4	57,0	—	—	1	7,7	31	2	6,4	—	—	3	9,7	340	22	6,5	—	—	9	2,6
	8,9—8,0	20	6	30,0	1	2,4	2	4,9	4	3	75,0	—	—	3	75,0	170	14	8,2	1	0,2	6	3,5
	7,9—7,0	7	2	28,6	—	—	—	—	5	2	40,0	—	—	5	100,0	—	—	—	—	—	—	—
	6,9—6,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Здѣсь въ этой табличкѣ при внимательномъ разсмотрѣніи все такъ же лучшіе результаты даетъ плоскій тазъ, только

при суженіи отъ 7,9—7,0, при поворотѣ обще-суженный тазъ далъ меньшій процентъ смертности дѣтей, что, конечно, можетъ быть объяснено случайностью въ виду небольшого числа случаевъ.

Среди полученныхъ результатовъ при всѣхъ нами разбираемыхъ родоразрѣшеніяхъ наилучшія данныя получились при самопроизвольныхъ родахъ. И дѣйствительно и смертность дѣтей и смертность матерей и заболѣваемость послѣднихъ по сравненію съ щипцами и поворотомъ куда меньше. Уступаютъ они только во времени, такъ какъ самая большая продолжительность родового акта падаетъ именно на самопроизвольные роды, а уже за ними идутъ щипцы и наконецъ поворотъ, такъ что въ смыслѣ продолжительности во времени въ самыхъ лучшихъ условіяхъ стоитъ поворотъ.

Затѣмъ уступаютъ самопроизвольные роды и въ вѣсѣ полученныхъ дѣтей, что видно на этой маленькой табличкѣ.

Сравнительная таблица вѣса дѣтей.

Вѣсъ.	Проф. поворотъ.	Высокіе щипцы.	Самопр. роды.
Высшій	4500	4390	4330
Средній	3383	3469	2857
Низшій.	2700	2800	2500

Въ виду того, что самопроизвольные роды далеко опередили поворотъ и высокіе щипцы по своимъ результатамъ, а также потому что въ нашемъ матеріалѣ не встрѣчаются ниже 7,9 conj. vera., то мы, признавъ за ними превосходство передъ проф. поворотомъ и высокими щипцами по всѣмъ пунктамъ за исключеніемъ вѣса дѣтей и продолжительности родового акта, подробнѣе остановимся на сопоставленіи данныхъ нашихъ о высокихъ щипцахъ и поворотѣ.

Уже выше указывалось, что вѣсъ дѣтей при щипцахъ выше, чѣмъ при профилактическомъ поворотѣ, что при щипцахъ въ массѣ мы имѣли меньшій процентъ смертности дѣтей. Все это совершенно вѣрно, но если мы для интереса возьмемъ табличку, въ которой по степенямъ суженія таза распредѣлены наши случаи поворота и высокихъ щипцовъ и гдѣ крупная

цифра обозначаетъ число случаевъ, а маленькая, возлѣ нихъ мертворожденія, а въ параллельной графѣ смертность дѣтей въ процентахъ, то картина смертности дѣтей при той и другой операціи представляется иною:

Conjug vera.	Проф. поворотъ.		Высокіе щипцы.	
	Число всѣхъ случаевъ.	% смертн. дѣтей.	Число всѣхъ случаевъ.	% смертности дѣтей.
9,9—9,0	29_6	20,7	80_8	10,0
8,9—8,0	87_{18}	20,7	13_6	46,1
7,9—7,0	10_7	70,0	5_3	60,0
6,9—6,0	1	—	—	—

Выводъ отсюда такой: высокая степень смертности дѣтей при профилактическомъ поворотѣ получена при conj vera отъ 7,9 — 7,0; тогда какъ при высокихъ щипцахъ уже при conj vera 8,9—8,0 смертность дѣтей равняется 46,0 %. Что касается суженія conj. vera отъ 7,9—7,0 то это суженіе одинаково неблагопріятно для обоихъ операцій.

Переходя къ вопросу о смертности матерей, приходится только установить на основаніи нашихъ данныхъ, что она и при поворотѣ и при щипцахъ почти одинакова, варіируя только въ предѣлахъ полпроцента.

Что касается заболѣваемости матерей, то мы уже говорили объ этомъ выше, повторимъ только, что по числу и проценту заболѣваній поворотъ втрое превосходитъ высокіе щипцы. Зависитъ ли это отъ большей травмы или еще отъ какой-либо причины, но установленный цифрами фактъ на лицо: при поворотѣ заболѣваемость 6,3%, при высокихъ щипцахъ 18,35%.

Итакъ на основаніи нашей работы мы можемъ сказать о высокихъ щипцахъ слѣдующее: они даютъ недурные результаты при суженіяхъ conj. vera отъ 9,9—9,0, чего совершенно нельзя сказать про большія суженія, при которыхъ результаты по крайней мѣрѣ у насъ неудовлетворительны, а о профилактическомъ поворотѣ, что онъ еще при conj. vera 8,9 — 8,0 даетъ недурные результаты и думается можетъ давать гораздо лучшіе, если будетъ производиться исключительно при плоскомъ тазѣ и при болѣе строгомъ соблюденіи принятаго въ клиникѣ правила его производства. Преимущества же его по сравненію съ высокими щипцами, повторяемъ, заключаются въ значительно

меньшей заболѣваемости матерей при почти одинаковой, какъ и при высокихъ щипцахъ смертности дѣтей, въ большей короткости родового акта и возможности съ успѣхомъ сдѣлать его при такомъ суженіи, гдѣ при высокихъ щипцахъ надежды на успѣхъ гораздо меньше.

На основаніи всего сказаннаго понятно, что мы не отказываемся совершенно отъ поворота, готовы его производить въ строго подходящихъ случаяхъ, но конечно, не являемся его горячими защитниками.

Стремленію же многихъ современныхъ авторовъ все больше мѣста предоставлять для дѣятельности силъ природы, мы сочувствуемъ въ полной мѣрѣ и доказательствомъ этому можетъ служить нашъ же клиническій матеріалъ, гдѣ больше 71% родовъ при узкомъ тазѣ проводятся самопроизвольно.

Опытъ тазорасширяющихъ операцій у насъ не великъ и потому мы уклоняемся отъ сужденія по этому вопросу до того времени, пока въ литературѣ не накопится больше данныхъ объ отдаленныхъ результатахъ этихъ операцій и нашъ собственный опытъ будетъ больше.

Заканчивая свою работу, мы должны признать, что трудность статистической работы заключается въ томъ, что приходится пользоваться различными по характеру исполненія работами, посвященными узкому тазу, часто произведенными подъ совершенно различными углами зрѣнія—все это и плюсъ недостатки акушерской номенклатуры дѣлаетъ подборъ большого количества матеріала при томъ однообразнаго чрезвычайно затруднительнымъ.

---

akusher-lib.ru

Литература.

1. Отчеты Московской акушерской клиники за всѣ годы.
2. Федоровъ. Матеріалы къ вопросу о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ 1891 дисс.
3 Ануфріевъ. Матеріалы къ вопросу о профилактическомъ поворотѣ. 1897 дисс.
4. Baisch. Reformen in der Therapie des engen. Beckens 1907.
5. Bürger. Die Geburtsleitung bei engen. Becken 1907.
6. Leisewitz. Zur Spontangeburt bei engen Becken und zu Baisch „Reformen in Therapie des engen Becken. Archiv. f. Gyn. Bd. 86.
7. Pestalozza L'accouchement dans les bassins retrecis. L'obstetriquê 1909.
8. Личкусъ. О хирургическомъ направленіи въ акушерствѣ. Ж. акуш. и ж. б. 1910.
9. Мацѣевскій. Профилактическій поворотъ при узкихъ тазахъ и отношеніе его къ выжидательному методу (пред. сооб.). Ж. акуш. и ж. б. 1897.
10. Sänger und Herff. Encyklopedie. 492.
11. Якобсонъ. „Четыре года клинической жизни повивальн. гиенкологическ. института подъ редакціей Отта. 1911.
12. Виридарскій ibidem.
13. Scipiades Uber. die Behandlung der Geburten bei engen Becken. Monatschrift. Gebr. und Gyn. 1907 Bd. 26 Hf. 3.
14. Холмогоровъ. Терапія родовъ при узкомъ тазѣ. Ж. акуш. и женск. б. 1908.
15. Bumm. послѣднее русс. изданіе.
16. Schröder. Руководство къ акушерству 1889.
17. Schauta. Акушерство послѣд. русс. изд.
18 Крассовскій. Оперативное акушерство 1889.
19. Феноменовъ. Оперативное акушерство 6-е изданіе.
20. Runge. Geburtschülfe 1909.
21. Wenzel. Centralb. 1910 г. стр. 1088.
22. Dembowska. Über. die prophilaktische Wendung beim engen. Becker. Centrab. 1908.
23. Solowij. Prophilactisch. Wendung bei engen. Becken Centrab 1908.
24. Nijhoff. Berichte aus gynoekol. Gesellschaft. Niderlandsch. Centrab. 1910 г.
25. Schulz Wendung oder hohe Zange Zeitschriff f Gyn. Bd. 34. Hf. 2.

akusher-lib.ru

26. Wolff. B. Beitrage Zur Zehre von der Wendung und Extraktion bei engen Becken. Centralb 1903.
27. „ Archiv f. Gyn. Bd. 62.
28. „ „ „ „ Bd. 69.
29. Menge Berichte aus gynäkologich. Gesellschaft lu Leipzig. Centralb. 1901.
30. Strassman. ibidem.
31. Zangenmeister.—Centralb 1901.
32. Albert. Uber die Behandlung der Geburts beim engen Becken durch. die Wendung mit sofort sich auscheisenden Extraktion Centralb 1902. стр. 159.
33. Weindler. Über Wendung und Extraktion bei engen Becken. Centralb. 1902. Berichte aus. gyn. Gesell zûu Dresden.
34. Henkel Uber mehrfache Geburten derselben Frauen mit engen Becken. Centralb 1903.
35. Bröse Uber die Wendung bei Erstgäberenden mit engen (platten) Becken und die Anwendung eines neuen Haudgriff bei schweren Wendungen. Centralb. 1904. ст. 389.
36. Ansems Betrachtungen uber die Therapie bei Beckenenge Centralb. 1904. ст. 1530.
37. Wenzel Zangenoperation bei hochstehen den Kopfe. Centralb 1905.
38. Leconte Contributiona lètude de la version pur manoevres interns Resultats statistiqe recuelles à la maternite de la hôpital st Antoine de 18 mai 1897 an 12 Jan 1904. Centralb 1905.
39. Kraus Uber die prophilaktische Wendung Zeitschrift Bd. LXI H. I.
40. Chwiliwiczky (Basel). Wendung und Extraktion und ihre Ergebnisse fur Mutter und Kind in Frauenspital. Basel. Centralb. 1907. ст. 325.
41. Ladner Zur Kasuistik den Wendung 1893—1907. Gentralb. f. Gyn. 1907 ст. 1487.
42. Lichtenstein Uber Beeinflussig den Indikation zur Wendung und Extraktion durch die Hebotomia. Centralb. 1908 ст. 58.
43. Vaenncy De l'accouchement spontane dan les bassin retrécis rachitiques Etude clinique statistique et prognostique 1900. These de Paris. Реф. Ж. акуш. и женск. б. 1901 г.
44. Побѣдинскій. Къ терапіи при узкомъ тазѣ. Жур. акуш. и женск. б. 1903 г.
45. Krüll Uber die Wendung mit sich auschliessenden Extraktion beim engen Becken aûf Grund von 320 Fällen. Archif f Gyn Bd. 67. Hf. 2.
46. Kerr Munro. A new method for estimating the relative sizes of the foetal head and maternal pelvis. The jour of Obst and Gyn. 1903. Реф. Ж. акуш. и женск. б. 1905.

akusher-lib.ru

47. Baisch. Die Mortalität bei engen Becken einst und jetz.
Monatschrift fur Geburtschilfe und Gyn. Bd. 23. H. 3.
48. Bauer Zur Behandlung der Geburt bei engen Becken
Manatschrift. f. Geb. und Gyn. Bd 24 Hf. 6.
49. Vogel Die Wednung ihre Jndikation und ihre Technik.
Реф. Ж. акуш. 1907 ст. 1181.
50. Pinard Therapeutique de la dystocie causeé par viciation pelvienne á la clinique Baudeloque 1889—1907.
Ann de Gyn. et d'Obstetrique 1907.
51. Olshausen Uber die Geburt bei engen Becken unb ihre Behandlung
Berlin klin Wochenschr. 1908.
52. Veeger Prophilaktische Wendung bei verengten Becken. diss 1908.
Реф. Monatsch. f. G. und. 9. 1910.
53. Franz Zur Behandlung des engen Beckens. Реф. Monatsch. 1910.
Berichte Zu Magdeburg.
54. Solowij Abwartendes Verhalten wärend der Geburt bei engen.
Becken mit einer conj 7—11. Lwowsky tygodnik lekarsku 1908 № 10—11.
55. Cykowski Prophilaktische Wendung Gazeta lekarska 1908.
№ 17—22.
56. Emous Geburt beim engen Becken. diss. 1908.
Реф. Monatschrif. f. G. 1910.
57. Richter Therapie bei engen Becken Medic. klin. № 40. № 41. 1912.
58. Scheffzeck. Breslau. Ruckblick. und Ausblick in der Therapie des engen Becken. Archiv. f. Gyn. Bd. LXXXVIII Hf. 3.
59. Hoerden (Menge) Instrument Zum Messen der conj diag.
Centralb. № 30. 1909.
60. Rebaudi (Bossi) Über die Messung der conj. diagonalis in der praktischen. Geburtshielfe. Centralb. 1909 № 34.
61. Iosserand (Lyon). Des applications de forceps. an dêtroit superieur sur les presentation du Joumet dans le bassins rétrécis.
Реф. Centralb. 1909 № 34.
62. Veit Die Behandlung des engen Becken. iusbesondere die Stellung der bekenerweiterungen Operationen. XVI Internazion mediz Kongress. in Budapest.
Реф. изъ Centralb. 1909 № 47.
63. Zimbacher Uber die hohe Zange.
Centralb 1909 № 48.
64. Scipiades Zur Behandlung der Geburten bei engem Becken
Реф. Centralb. 1909 № 13.
65. Fehling Geburtshilfliche Eingriffe beim engen Becken.
Centralb. 1909 № 13.
66. Hannes Die Therapie bei engen Becken und ihre Wandlungen
Zeitschrift f. Geb. Bd. LXIII Hf. 2.
67. Osteroloh. Centralb. 1909 № 20.
68. Kohn Die Geburten bei engen Becken in den Iahren $190^3/_4$—$190^7/_8$
diss. Реф. Centralb. 1909 № 20.

akusher.lib.ru

69. Копорка Beobachtungen über Geburten bei engen Beeken. Monatschtift. f. Geb. Bd. XXIX Hf. 3.
70. Frenkel B. Beckenmessung Centralb. 1912 № 17.
71. Baisch Die Einteilung des engen Beckens und die Prognose der einzelnen Formen Centalb 1907 № 10.
72. Rieman Erfolge bei hoher Zange Monatschrift. f Geb. Bd. 25. Hf. 4
73. Baisch Das enge Becken Practische Ergebnisse der Geburtshielfe und Gynäkologie Erster. Jahrg. 1 ab. 1909.
74. Sellheim Über Geburtvorgang und Geburtsleitung beim engen Becken Sammlung klin Vorträge Gyn № 239.
75. Jacobi Gebutsverlauf und Therapie beim engen Becken diss. Реф. Centralb. 1910. № 10.
76. Edhard Iagodzinsky. Uber das engen Becken im Grossherzogst Mecklenburg—Schwering dis Rostok. 1910. Реф. Centalb. 1912 № 14.
77. Wilhelm Bail Die Therapie des engen Becken an das Universitäts Frauenklinik. zu Würzburg in Iahre 1909 diss. Реф. Centralb 1912 № 14.
78. Oskar Jaeger Uber Spontaugeburts bei engen Becken Münchener med. Wochenschrift 1912. № 26.
79. Schläfli 700 Hebotomien. Zeitschrift. fur Geburt und Gyn. LXIV Hf. 1.
80. O. Panckow Kaiserschnitt oder Beckenspaltung. Zeitschrif. f. Gyl. Bd. LXVII Hf. 1.
81. Samanek. Beitrag zur prophilactisch. Wendung реф. Centralb. 1908.
82. Frank. } Monatsch. 1910.
83. Menge. }
84. Krönig Gedurtsleitung beim engen Becken. Münchener medicin Wochenschrift № 32. 1902.

akusher-lib.ru

Къ статистикѣ родовъ при узкомъ тазѣ.

Изъ городского родильнаго дома имени С. В. Лепехина въ Москвѣ.

С. В. Сазоновъ *).

Предлагаемая работа имѣетъ своей задачей освѣтить на основаніи статистическихъ данныхъ вопросъ о теченіи родовъ при узкомъ тазѣ.

Положенный въ основу ея матеріалъ принадлежитъ только одному учрежденію и охватываетъ собою только 3 года, поэтому ей можно было-бы поставить въ минусъ сравнительную ограниченность цифровыхъ данныхъ, но съ другой стороны ея плюсомъ является однородность матеріала, при томъ же послѣдній всетаки достаточно великъ для того, чтобы выводы его имѣли значеніе не только мѣстное для самого учрежденія, но и болѣе общее.

Нашъ матеріалъ взятъ изъ городского родильнаго дома имени С. В. Лепехина въ Москвѣ за 1909, 1910 и 1911 года.

За это время въ родильный домъ поступило 11.522 женщины. Изъ этого числа для нашей работы должны быть исключены слѣд. категоріи призрѣваемыхъ: 1) беременныя, выписавшіяся неразрѣшившимися (511), 2) родильницы, поступившія послѣ родовъ (142), 3) случаи выкидышей (928) и 4) тѣ срочные роды, при которыхъ не было произведено измѣренія таза (583) и, наконецъ, подлежатъ исключенію всѣ произвольные преждевременные роды, къ которымъ отнесены по Baisch'у тѣ случаи, гдѣ вѣсъ ребенка былъ менѣе 2.500 гр. (687). Сумма всѣхъ указанныхъ категорій равняется 2.861.

Слѣдов., у насъ остаются 8661 роды, въ число которыхъ входятъ какъ роды при нормальномъ тазѣ, такъ и при узкомъ.

Не затрагивая общеизвѣстнаго и до сихъ поръ все еще не рѣшеннаго вопроса о томъ, какіе тазы надо считать узкими, укажу, что у насъ къ нимъ отнесены тѣ тазы, у которыхъ

*) Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш.-Гинекол. О-ва при Московскомъ Университетѣ 12 декабря 1912 года.

akusher-lib.ru

con. diagonalis не превышаетъ 12 сант. (см. Baisch, Peham, Bürger и др.), а con. externa не болѣе 18 сант. (см. Leopold).

При такомъ раздѣленіи число нормальныхъ тазовъ равняется 6.323, а узкихъ—2.338, т е. узкіе тазы составляютъ 26,9% общаго числа.

Изъ указаннаго числа родовъ при узкомъ тазѣ 2.052 окончились произвольно, а остальные 286 разрѣшены оперативно. Изъ числа послѣднихъ подлежатъ исключенію согласно предложенія Baisch'a 64 случая, такъ какъ при нихъ показаніемъ къ оперативному окончанію родовъ служила не костная дистоція (несоотвѣтствіе размѣровъ головки плода съ размѣрами таза роженицы), а другія осложненія, именно эклямпсія, кровотеченіе, неправильныя положенія плода, выпаданіе пуповины и т. п.

Итакъ, матеріалъ, подлежащій детальному разсмотрѣнію, заключаетъ въ себѣ 2.274 случая, изъ которыхъ 2.052 относятся къ произвольнымъ родамъ и 222 къ оперативнымъ.

При детальной разработкѣ матеріала всѣ узкіе тазы были раздѣлены по степени суженія на 3 группы, а по типу суженія на 2—на общесуженные и плоскіе. Раздѣленіе же по степени суженія было произведено слѣд. образомъ: къ первой группѣ отнесены тазы съ con. diagonalis выше 10 сант. (con externa= 18 сант,), ко второй съ con. diagonalis отъ 10 до 9 сант. (con. externa 17½—16½ с.) и къ третьей съ con. diagonalis ниже 9 сант. (con. externa отъ 16 сант и ниже), т. е. было принято раздѣленіе предложенное Scheffzek'омъ.

Прежде чѣмъ перейти къ сопоставленію произвольныхъ и оперативныхъ родовъ, слѣдуетъ остановиться нѣсколько подробнѣе на послѣднихъ.

Общее представленіе о примѣнявшихся у насъ способахъ оперативнаго разрѣшенія даетъ прилагаемая таблица*).

На ней въ первомъ горизонтальномъ столбцѣ оперативныхъ родовъ помѣщенъ *метрейризъ*. Послѣдній примѣнялся въ 17 случаяхъ (3 раза у I—parae и 14 у m—parae), но только въ 1 случаѣ изъ нихъ въ качествѣ самостоятельной операціи, во всѣхъ же остальныхъ онъ являлся только подготовительной операціей. Объ этихъ послѣднихъ случаяхъ будетъ сказано ниже. Въ первомъ же случаѣ показаніемъ къ вмѣшательству были затяжные сухіе роды, у многородящей. Случай протекъ вполнѣ благопріятно и для матери и для ребенка.

Второй столбецъ на таблицѣ занимаютъ случаи *низведенія ножки и извлеченія* при предлежаніи ягодичнымъ концомъ. Всѣхъ ягодичныхъ (resp. ножныхъ) родовъ было 53 (при чемъ въ 5 случаяхъ были роды двойнями).

Изъ нихъ прежде всего надо выдѣлить 4 случая, изъ которыхъ 2 принадлежатъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ, а въ остальныхъ 2 пришлось для разрѣшенія прибѣгнуть къ особымъ операціямъ, о всѣхъ этихъ случаяхъ будетъ сказано ниже.

Остальные 49 случаевъ ягодичныхъ родовъ можно въ свою очередь разбить на 2 группы, а именно: въ первую помѣстить 35 случаевъ (12 у перво и 23 у много-родящихъ), въ которыхъ рожденіе ребенка происходило безпрепятственно какъ со стороны костнаго таза, такъ и мягкихъ путей; вторую же группу составляютъ тѣ случаи (числомъ 14), гдѣ имѣлось такое препятствіе и гдѣ для извлеченія ребенка приходилось прибѣгать или къ низведенію ножки или къ извлеченію за пахъ или же къ освобожденію задержавшейся головки и запрокинутыхъ ручекъ. Конечно, такое раздѣленіе ягодичныхъ родовъ искусственно и было допущено нами только съ цѣлью сохранить за оперативными родами лишь тѣ случаи, гдѣ разрѣшеніе при помощи врача вызывалось исключительно одной дистоціей.

Изъ указанныхъ 14 случаевъ 6 встрѣтились у первородящихъ и 8 у многородящихъ. Показаніемъ къ вмѣшательству въ большинствѣ случаевъ служило ослабленіе схватокъ и ухудшеніе сердцебіенія плода. Безъ поврежденій прошло 11 случаевъ (3 у перво=и 8 у многородящихъ), въ остальныхъ же были разрывы промежности и слизистой вагины. Нормальный пуэрперіумъ отмѣченъ въ 12 случаяхъ, а въ остальныхъ 2 наблюдались незначительныя кратко-временныя повышенія t°.

Изъ дѣтей извлечены и выписаны живыми 10 (4 у перво и 6 у многородящихъ); погибли sub partu или вскорѣ послѣ родовъ 6 (Всѣхъ дѣтей 16—въ 3 случаяхъ были двойни).

Третій столбецъ занимаетъ *поворотъ на ножку* (+ извлеченіе). Всѣхъ случаевъ поворота было 13, изъ нихъ 7 при искусств. преждевременныхъ родахъ. Изъ остальныхъ случаевъ въ 5 былъ лечебный поворотъ и въ одномъ профилактическій. Всѣ случаи поворота были у многородящихъ. Показаніями къ вмѣшательству служили въ 1 случаѣ затяжные роды, въ осталь-

ныхъ костная дистоція, причемъ въ одномъ изъ нихъ наблюдалась повышенная t°.

Безъ поврежденій прошло 4 случая, изъ поврежденій въ 1 случаѣ былъ разрывъ у клитора, въ другомъ промежности второй степени. Во всѣхъ случаяхъ наблюдался нормальный пуэрперіумъ. Дѣтей извлечено и выписано живыми 5, въ шестомъ же случаѣ поворотъ былъ сдѣланъ на перфорированномъ плодѣ.

Слѣдующій столбецъ таблицы занимаютъ *выходные щипцы*; они примѣнялись въ 22 случаяхъ: 16 разъ у первородящихъ и 6 разъ у многородящихъ.

Во избѣжаніе излишняго дробленія матеріала выходные щипцы можно разсматривать вмѣстѣ съ полостными, объединивъ ихъ въ группу *типичныхъ щипцовъ*. При этомъ получимъ 91 случай наложенія щипцовъ, изъ которыхъ 66, т.-е. 72,5%, принадлежатъ первородящимъ и 25, т. е. 27, 5%, многородящимъ. Вслѣдствіе значительнаго количества случаевъ этого вмѣшательства ихъ удобнѣе разсматривать отдѣльно у перво— и многородящихъ.

У первородящихъ показаніями къ вмѣшательству служили въ 90,9% (60 случаевъ, изъ нихъ въ 4 наблюдалось кромѣ того повышенная t°) ослабленіе схватокъ и ухудшеніе сердцебіенія плода, въ остальныхъ 9,1% (6 случаевъ)—явленія дистоціи. Въ 1 случаѣ былъ примѣненъ предварительный метрейризъ. Поврежденій родовыхъ путей не произошло въ 57,6% (28 случ.), въ остальныхъ наблюдались: 1) разрывы промежности, составлявшіе 72,1% всѣхъ поврежденій (въ 1 случаѣ разрывъ III степени), 2) разрывы слизистой вульвы и вагины— 14,9% и 3) разрывы шейки въ 13% всѣхъ поврежденій.

Нормальное теченіе пуэрперіума наблюдалось въ 75,7% (50 случ.), кратковременное повышеніе t° безъ локализаціи въ 13,% (9 случ.) и локализованныя заболѣванія, въ томъ числѣ 1 sepsis, въ 11,2% (7 случ.). Всѣ случаи заболѣваній окончились выздоровленіемъ.

Изъ дѣтей извлечены и выписано живыми 96,9% (64 реб.), 1 извлеченъ живымъ, но вскорѣ умеръ и 1 извлеченъ мертвымъ.

У многородящихъ типичные щипцы накладывались въ 25 случаяхъ, причемъ въ 6 изъ нихъ головка плода стояла въ выходѣ и въ 19 въ полости мал. таза; во 1 изъ послѣднихъ случаевъ щипцы были наложены послѣ пубіотоміи. Оператив-

ное окончаніе родовъ было вызвано въ 88% (22 случ.) ослабленіемъ схватокъ и ухудшеніемъ сердцебіенія плода, причемъ въ 1 случаѣ присоединилась повышенная t°, въ остальныхъ 12% (3 случ.)—явленіями дистоціи. Поврежденій не наблюдалось въ 92% (23 случ.) и только въ 2 случаяхъ произошли разрывы промежности второй степени. Puerperium протекалъ нормально въ 72% (18 случ.), изъ остальныхъ въ 3 случаяхъ было кратковременное повышеніе t° безъ локализаціи и въ 4 локализованныя заболѣванія, въ томъ числѣ 1 sepsis; изъ этихъ послѣднихъ случаевъ надо исключить 1, а именно нагноеніе гематомы большой губы послѣ пубіотоміи и отнести его на счетъ этой операціи.

Всѣ заболѣвшія родильницы выздоровили.

Изъ дѣтей извлечено и выписано живыми 24 (96%) и только 1, извлеченный живымъ, вскорѣ умеръ.

Какъ показываетъ шестой столбецъ таблицы, *высокіе щипцы* были наложены въ 75 случаяхъ.

Эти случаи также удобнѣе разсматривать отдѣльно у перво— и многородящихъ и, кромѣ того, подраздѣлить ихъ на удачныя и безрезультатныя наложенія.

Остановимся прежде на первыхъ.

Изъ 20 случаевъ наложенія *у первородящихъ* 13 (т. е. 65%) были удачными, остальные безрезультатными.

Показаніемъ къ вмѣшательству были затяжные роды съ ухудшеніемъ сердцебіенія плода въ 6 случаяхъ, причемъ въ 2 изъ нихъ была еще повышенная t°, въ остальныхъ 7 случаяхъ (53,8%) явленія дистоціи, къ которымъ въ 2 случаяхъ присоединилась повышенная t°. Въ 1 случаѣ щипцы были наложены на ягодицы съ послѣдующимъ извлеченіемъ тупымъ крючкомъ. Въ 4 случаяхъ поврежденій родовыхъ путей не было, въ 5 были разрывы промежности и въ 4 разрывы слизистой вульвы, вагины и шейки. Нормальный пуэрперіумъ отмѣченъ въ 9 случаяхъ (69,2%), кратковременныя повышенія t° безъ локализаціи въ 3 случаяхъ и въ 1 случаѣ былъ colpitis.

Всѣ заболѣванія окончились выздоровленіемъ.

Всѣ дѣти были извлечены живыми, но 3 изъ нихъ вскорѣ умерли.

У многородящихъ изъ 55 высокихъ щипцовъ удачными оказались 42, т.-е. 56%. Въ 1 случаѣ щипцы были наложены послѣ пубіотоміи. Показаніями служили затяжные роды въ

33,3% (14 случ.), а въ остальныхъ 66,7% (28 случ.) явленія дистоціи.

Безъ поврежденій было 83,3% (35 случ.). Изъ числа поврежденій (7 случ.) надо отмѣтить діастазъ симфиза въ 2 случаяхъ*) и разрывъ мочевого пузыря въ случаѣ пубіотоміи, на счетъ которой и должно отнести это поврежденіе. Нормальное теченіе puerperium'а отмѣчено въ 73,8% (31 случ.). Нелокализованныя кратковременныя заболѣванія встрѣтились въ 9 случаяхъ, локализованныя въ 2, причемъ одно изъ нихъ было не пуэрперальное, а именно nephritis. Летальныхъ исходовъ не было.

Всѣ дѣти извлечены и выписаны живыми.

Переходя къ *высокимъ пробнымъ щипцамъ*, надо указать, что всѣ эти случаи были закончены перфораціей.

Высокіе щипцы оказались безрезультатными у *первородящихъ* въ 7 случаяхъ, т.-е. въ 35% всѣхъ высокихъ щипцовъ.

Показаніями къ операціи были затяжные роды съ повышенной t° въ 2 случаяхъ, въ остальныхъ же 5 явленія дистоціи, осложненныя при томъ дважды повышенной t°. Въ 2 случаяхъ былъ примѣненъ предварительный метрейризъ.

Поврежденій не было въ 5 случаяхъ, по 1 случаю были разрывъ промежности и разрывъ шейки. Нормальный пуэрперіумъ былъ только въ 2 случаяхъ, кратковременныя повышенія t° въ 3 случаяхъ, затѣмъ въ 1 случаѣ endometritis, окончившійся выздоровленіемъ и въ 1 же sepsis, окончившійся летально. Въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ зараженіе существовало уже sub partu.

Изъ дѣтей перфорированъ мертвымъ 1, остальныя живыми.

У *многородящихъ* высокіе щипцы накладывались безрезультатно въ 13 случаяхъ, что составляетъ 23,6% всѣхъ высокихъ щипцовъ. Показаніями были затяжные роды въ 2 случаяхъ, въ остальныхъ же 11 (84,6%) явленія дистоціи, въ 1 изъ нихъ, кромѣ того, повышенная t°; въ этомъ послѣднемъ случаѣ щипцамъ предшествовалъ метрейризъ. Поврежденій не было въ 12 случаяхъ (92,3%) и только въ 1 произошелъ разрывъ шейки. Норма въ пуэрперіумѣ наблюдалась въ 10 случаяхъ (76,9%), въ 2 случаяхъ было кратковременное не локализованное заболѣваніе, послѣдній же 13 случай можно исключить,

*) Доложено въ Акушерско-Гинекологич. О-вѣ 15 декабря 1910 года.

такъ какъ повышенная t° обусловливалась tbc pulmonum. Летальныхъ исходовъ не было.

Изъ дѣтей перфорированъ мертвымъ 1, остальныя живыми.

Седьмой столбецъ таблицы посвященъ *перфораціи.*

Эта операція примѣнялась въ 40 случаяхъ, часть ихъ уже разсмотрѣна выше въ отдѣлѣ поворотовъ (1 случай) и пробныхъ щипцовъ (20 случаевъ), кромѣ того перфораціей были закончены 3 искусствен. преждевременныхъ родовъ. Исключая всѣ эти случаи, получимъ 16 случаевъ разрѣшенія при помощи прободенія головки плода.

Изъ этихъ 16 *первородящимъ* принадлежатъ 4 случая, изъ которыхъ въ 1 была перфорирована послѣдующая головка при ягодичныхъ родахъ. Показаніями служили въ 2 случаяхъ затяжные роды (1 съ повыш. t°) и въ 2 же явленія дистоціи.

Поврежденій не было въ 3 случаяхъ, а въ четвертомъ произошелъ неполный разрывъ матки. Пуэрперіумъ протекалъ нормально въ 2 случаяхъ, въ 1 былъ endometritis sub et post partum, окончившійся выздоровленіемъ и въ четвертомъ случаѣ былъ sepsis, отъ котораго больная погибла.

Всѣ дѣти были перфорированы мертвыми,

У многородящихъ перфорація была примѣнена въ 12 случаяхъ. Показаніями служили затяжные роды въ 1 случаѣ, въ остальныхъ же 11 (91,6%) явленія дистоціи, къ которымъ въ 1 случаѣ присоединилась повышенная t°.

Безъ поврежденій прошло 10 случаевъ (83,3%), въ 1 случаѣ былъ разрывъ промежности и въ одномъ шейки. Норма въ пуэрперіумѣ была въ 11 случаяхъ (84,6%) и только въ 1 случаѣ наблюдался ulcus vaginae. Летальныхъ исходовъ не было.

Изъ дѣтей перфорировано мертвыми 5, остальныя живыми.

Какъ показываетъ восьмой столбецъ таблицы, *искусственные преждевременные роды* возбуждались въ 12 случаяхъ и при томъ только у *многородящихъ*. Во всѣхъ случаяхъ примѣнялся метрейризъ, которому въ 2 случаяхъ предшествовало введеніе бужей и въ 2-же расширеніе Гигарами. Въ 2 случаяхъ при ягодичномъ предлежаніи роды окончены извлеченіемъ, въ 8 примѣненъ поворотъ на ножку, причемъ въ 1 изъ нихъ онъ не совершился, и въ 3 случаяхъ роды окончены перфораціей.

Поврежденій родового канала не наблюдалось ни разу.

akusher-ru.ru

Нормальный пуэрперіумъ отмѣченъ въ 11 случаяхъ (91,6%), и въ 1 случаѣ было кратковременное повышеніе t° безъ локализаціи. Летальные исходы отсутствовали.

Дѣтей извлечено и выписано живыми 3 (25%), 4 были извлечены живыми, но оказались нежизнеспособными и вскорѣ умерли, остальныя 5 извлечены мертвыми, въ томъ числѣ 3 перфорированныхъ.

Пубіотомія была произведена только *у многородящихъ* въ 3 случаяхъ, причемъ 1 случай окончился произвольными родами и въ 2 были наложены щипцы (полостные и высокіе). Безъ поврежденій прошелъ 1 случай, въ 1 получилась значительная гематома большой губы и въ третьемъ разрывъ мочевого пузыря при проведеніи иглы.

Въ пуэрперіумѣ въ 1 случаѣ было двукратное повышеніе t° (при разрывѣ мочевого пузыря), въ другомъ повторное вслѣдствіе нагноенія гематомы большой губы и въ третьимъ повышеніе обусловилось общимъ заболѣваніемъ (influenza). Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ.

Всѣ дѣти извлечены и выписаны живыми.

Разрѣшеніе при помощи *классическаго кесарскаго сѣченія* было примѣнено въ 7 случаяхъ, изъ нихъ въ 1 у первородящей, въ остальныхъ у многородящихъ.

Въ 2 случаяхъ кесарское сѣченіе производилось вторично, въ 1 въ анамнезѣ была пубіотомія. Стерилизація произведена въ 6 случаяхъ (у всѣхъ многородящихъ). Осложненій со стороны швовъ не было ни разу. Въ пуэрперіумѣ повышенная t° въ 2 случаяхъ обусловливалась туберкулезомъ легкихъ, въ 1 случаѣ было однократное повышеніе, а въ остальныхъ 4 нормальная t°.

Всѣ дѣти извлечены и выписаны живыми.

Суммируя данныя относительно оперативныхъ родовъ, увидимъ, что непосредственная дистоція служила показаніемъ къ вмѣшательству у первородящихъ въ 28,9% всѣхъ показаній, а у многородящихъ въ 59,5%. Соотвѣтственно этому у первыхъ преобладаютъ щипцы выходные и полостные (66 изъ 99), а у послѣднихъ щипцы высокіе, перфорація, искусственные преждевременные роды, пубіотомія и кесарское сѣченіе.

По отношенію же къ отдѣльнымъ операціямъ надо сказать нѣсколько словъ о перфораціи и объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

Какъ указано выше, перфорація примѣнялась въ 40 случаяхъ, но изъ нихъ необходимо выдѣлить слѣдующіе: 1) перфорацію мертвыхъ плодовъ—10 случ., 2) случаи отказа роженицъ отъ пубіотоміи и кесарскаго сѣченія—7 и 3) случаи съ явленіями инфекціи sub partu—8, а всего 25 случаевъ. За исключеніемъ указанныхъ случаевъ получается, что перфорація составляетъ 6,7% всѣхъ оперативныхъ родовъ; такой % нельзя признать слишкомъ высокимъ.

Что же касается искусств. преждевременныхъ родовъ, то они дали у насъ неудовлетворительные результаты по отношенію къ дѣтямъ, а именно ихъ погибло 75%. Эти случаи даютъ только лишнее доказательство того, какъ трудно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ опредѣлить надлежащее время для искусственныхъ родовъ, такъ какъ въ однихъ случаяхъ оказалось, что роды были открыты слишкомъ рано и получились слишкомъ недоношенныя дѣти, а въ другихъ слишкомъ поздно и несоотвѣтствіе между размѣрами таза и плода не было избѣгнуто (случаи перфораціи).

Послѣ этого краткаго обзора оперативныхъ родоразрѣшеній переходимъ къ сопоставленію произвольныхъ и оперативныхъ родовъ при узкомъ тазѣ. Здѣсь прежде всего надо выяснить ихъ взаимоотношеніе при различныхъ типахъ и степеняхъ суженія.

Вычисленіе процентныхъ отношеній показываетъ, что у первородящихъ оперативное разрѣшеніе потребовалось въ 12,6% всѣхъ узкихъ тазовъ (или одни оперативные роды приходятся на 7 (точнѣе 6,9) произвольныхъ), а у многородящихъ % оперативныхъ родовъ равенъ 8,3 (или одни операт. роды на 11 (точнѣе 11,02) произвольныхъ). По отношенію къ типамъ суженія оказывается, что большій % оперативныхъ родовъ даютъ плоскіе тазы и при этомъ разница рѣзче выражена у многородящихъ сравнительно съ первородящими, а именно у послѣднихъ при общесуженныхъ тазахъ % оперативныхъ родовъ = 12,5, при плоскихъ 12,8, а у многородящихъ общесуженные тазы даютъ 5.2%, плоскіе же 10,2% оперативныхъ разрѣшеній.

Что же касается взаимоотношеній различныхъ степеней суженія, то оно приблизительно одинаково какъ при произвольныхъ, такъ и оперативныхъ родахъ. Можно лишь отмѣтить, что съ возрастаніемъ степени суженія оперативное раз-

Нормальный пуэрперіумъ отмѣченъ въ 11 случаяхъ (91,6%), и въ 1 случаѣ было кратковременное повышеніе t° безъ локализаціи. Летальные исходы отсутствовали.

Дѣтей извлечено и выписано живыми 3 (25%), 4 были извлечены живыми, но оказались нежизнеспособными и вскорѣ умерли, остальныя 5 извлечены мертвыми, въ томъ числѣ 3 перфорированныхъ.

Пубіотомія была произведена только *у многородящихъ* въ 3 случаяхъ, причемъ 1 случай окончился произвольными родами и въ 2 были наложены щипцы (полостные и высокіе). Безъ поврежденій прошелъ 1 случай, въ 1 получилась значительная гематома большой губы и въ третьемъ разрывъ мочевого пузыря при проведеніи иглы.

Въ пуэрперіумѣ въ 1 случаѣ было двукратное повышеніе t° (при разрывѣ мочевого пузыря), въ другомъ повторное вслѣдствіе нагноенія гематомы большой губы и въ третьимъ повышеніе обусловилось общимъ заболѣваніемъ (influenza). Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ.

Всѣ дѣти извлечены и выписаны живыми.

Разрѣшеніе при помощи *классическаго кесарскаго сѣченія* было примѣнено въ 7 случаяхъ, изъ нихъ въ 1 у первородящей, въ остальныхъ у многородящихъ.

Въ 2 случаяхъ кесарское сѣченіе производилось вторично, въ 1 въ анамнезѣ была пубіотомія. Стерилизація произведена въ 6 случаяхъ (у всѣхъ многородящихъ). Осложненій со стороны швовъ не было ни разу. Въ пуэрперіумѣ повышенная t° въ 2 случаяхъ обусловливалась туберкулезомъ легкихъ, въ 1 случаѣ было однократное повышеніе, а въ остальныхъ 4 нормальная t°.

Всѣ дѣти извлечены и выписаны живыми.

Суммируя данныя относительно оперативныхъ родовъ, увидимъ, что непосредственная дистоція служила показаніемъ къ вмѣшательству у первородящихъ въ 28,9% всѣхъ показаній, а у многородящихъ въ 59,5%. Соотвѣтственно этому у первыхъ преобладаютъ щипцы выходные и полостные (66 изъ 99), а у послѣднихъ щипцы высокіе, перфорація, искусственные преждевременные роды, пубіотомія и кесарское сѣченіе.

По отношенію же къ отдѣльнымъ операціямъ надо сказать нѣсколько словъ о перфораціи и объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

Какъ указано выше, перфорація примѣнялась въ 40 случаяхъ, но изъ нихъ необходимо выдѣлить слѣдующіе: 1) перфорацію мертвыхъ плодовъ—10 случ., 2) случаи отказа роженицъ отъ пубіотоміи и кесарскаго сѣченія—7 и 3) случаи съ явленіями инфекціи sub partu—8, а всего 25 случаевъ. За исключеніемъ указанныхъ случаевъ получается, что перфорація составляетъ 6,7% всѣхъ оперативныхъ родовъ; такой % нельзя признать слишкомъ высокимъ.

Что же касается искусств. преждевременныхъ родовъ, то они дали у насъ неудовлетворительные результаты по отношенію къ дѣтямъ, а именно ихъ погибло 75%. Эти случаи даютъ только лишнее доказательство того, какъ трудно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ опредѣлить надлежащее время для искусственныхъ родовъ, такъ какъ въ однихъ случаяхъ оказалось, что роды были открыты слишкомъ рано и получились слишкомъ недоношенныя дѣти, а въ другихъ слишкомъ поздно и несоотвѣтствіе между размѣрами таза и плода не было избѣгнуто (случаи перфораціи).

Послѣ этого краткаго обзора оперативныхъ родоразрѣшеній переходимъ къ сопоставленію произвольныхъ и оперативныхъ родовъ при узкомъ тазѣ. Здѣсь прежде всего надо выяснить ихъ взаимоотношеніе при различныхъ типахъ и степеняхъ суженія.

Вычисленіе процентныхъ отношеній показываетъ, что у первородящихъ оперативное разрѣшеніе потребовалось въ 12,6% всѣхъ узкихъ тазовъ (или одни оперативные роды приходятся на 7 (точнѣе 6,9) произвольныхъ), а у многородящихъ % оперативныхъ родовъ равенъ 8,3 (или одни операт. роды на 11 (точнѣе 11,02) произвольныхъ). По отношенію къ типамъ суженія оказывается, что большій % оперативныхъ родовъ даютъ плоскіе тазы и при этомъ разница рѣзче выражена у многородящихъ сравнительно съ первородящими, а именно у послѣднихъ при общесуженныхъ тазахъ % оперативныхъ родовъ = 12,5, при плоскихъ 12,8, а у многородящихъ общесуженные тазы даютъ 5.2%, плоскіе же 10,2% оперативныхъ разрѣшеній.

Что же касается взаимоотношеній различныхъ степеней суженія, то оно приблизительно одинаково какъ при произвольныхъ, такъ и оперативныхъ родахъ. Можно лишь отмѣтить, что съ возрастаніемъ степени суженія оперативное раз-

рѣшеніе пріобрѣтаетъ болѣе серьезный характеръ, а именно начинаютъ преобладать высокіе пробные щипцы, перфорація, кесарское сѣченіе.

При большей же детализаціи матеріала по степенямъ и типамъ суженія выводы получаютъ случайный характеръ вслѣдствіе незначительности цифровыхъ данныхъ, такъ наприм. только случайностью можно объяснить тотъ фактъ, что у многородящихъ общесуженные тазы III степени дали нулевой % оперативныхъ родовъ.

Обращаясь къ сопоставленію поврежденій родового канала при произвольныхъ и оперативныхъ родахъ, найдемъ слѣдующее.

У первородящихъ эти поврежденія при произвольныхъ родахъ составляютъ 24,7% (или 1 поврежденіе приходится на 4 родовъ), при оперативныхъ % поврежденій поднимается до 55,2 (или 1 поврежденіе на 1,8 родовъ). У многородящихъ при произвольныхъ родахъ % поврежденій равенъ 3,3 (1 поврежденіе на 30,3 родовъ), при оперативныхъ онъ равенъ 12,7 (1 поврежденіе на 7,8 родовъ). Кромѣ того надо указать, что при произвольныхъ родахъ поврежденія ограничивались почти только одними разрывами промежности I и II степени, а при оперативныхъ эти разрывы составляютъ у первородящихъ 65,2% всѣхъ поврежденій, а у многородящихъ 31,2%. Остальныя же поврежденія носятъ болѣе тяжелый характеръ до разрывовъ матки (1 случай) и костнаго таза (2 случая) включительно. Что же касается отдѣльныхъ операцій, то у первородящихъ наибольшій % поврежденій дали щипцы типичные (57,5) и высокіе (55), у многородящихъ пубіотомія (2 случая изъ 3) и высокіе щипцы (14,5%).

Относительно теченія пуэрперіума нашъ матеріалъ даетъ слѣдующія данныя. У первородящихъ норма при произвольныхъ родахъ составленныхъ 84,6%, при оперативныхъ 70,5%; у многородящихъ первый % равенъ 90,6, второй 79,8. Переходя къ случаямъ съ повышенной t° въ пуэрперіумѣ, надо исключить изъ ихъ числа 1) всѣ непуэрперальныя заболѣванія и 2) всѣ случаи инфекціи sub partu, остальные же случаи раздѣлить на группы нелокализованныхъ заболѣваній и локализованныхъ. Такимъ путемъ получаемъ, что заболѣванія безъ локализаціи у первородящихъ при произвольныхъ родахъ составляютъ 11,7%, при оперативныхъ 16,4%; у многородящихъ первый % равняется 5,3 и второй 31,1.

Локализованныя заболѣванія у первородящихъ при произвольныхъ родахъ даютъ 3,7%, при оперативныхъ 13,1%; у многородящихъ соотвѣтственно получаемъ 3,6% и 7,1%. Слѣдовательно % заболѣваній при оперативныхъ родахъ выше, чѣмъ при произвольныхъ и эта разница рѣзче у первородящихъ сравнительно съ многородящими, но у тѣхъ и другихъ легкія нелокализованныя заболѣванія встрѣчаются чаще, чѣмъ локализованныя.

Летальные исходы произошли въ слѣдующихъ случаяхъ: по 1 разу у первородящихъ—anemia acuta ex atonia uteri—и у многородящихъ—sepsis acutissimus sub partu (mors черезъ 6 часовъ послѣ родовъ) при произвольныхъ родахъ, при оперативныхъ же въ 2 случаяхъ у первородящихъ, а именно: 1) инфекція sub partu и 2) ruptura uteri incompleta—sepsis (mors на 4 день послѣ родовъ); у многородящихъ при оперативныхъ родахъ летальныхъ исходовъ не было.

Переходя къ результатамъ для новорожденныхъ при произвольныхъ и оперативныхъ родахъ, надо указать, что въ нашемъ матеріалѣ дѣти были подраздѣлены на 2 группы, а именно на крѣпкихъ съ вѣсомъ въ 3.200 гр. и выше и слабыхъ съ вѣсомъ отъ 3.190 гр. и ниже.

При такой группировкѣ получается, что у первородящихъ изъ 664 дѣтей (1 двойни), родившихся силами природы, крѣпкихъ было 43,2% (287), слабыхъ 56,8% (377). % мертворожденныхъ (исключая мацерированныхъ) и погибшихъ въ первые дни жизни равняется 1,5, причемъ у крѣпкихъ онъ падаетъ до 0,7, а у слабыхъ поднимается до 2,1.

У многородящихъ при произвольныхъ родахъ родилось 1,398 дѣтей (9 двоенъ), изъ нихъ крѣпкихъ 67,2% (940) и слабыхъ 32.8% (458). Общій процентъ потери дѣтей равенъ 1,4, изъ крѣпкихъ погибло 0,7%, изъ слабыхъ 2,6%.

Слѣдовательно, число погибшихъ дѣтей почти одинаково у перво и многородящихъ, при чемъ потеря выше у слабыхъ дѣтей.

При оперативныхъ родахъ у первородящихъ изъ 97 дѣтей (1 двойни) къ группѣ крѣпкихъ принадлежало 52,3% (45), къ слабымъ 47,7% (41), причемъ перфорированныя были исключены. Общая потеря дѣтей sub partu и въ первые дни пуэрперіума равнялась, не считая перфорированныхъ, 6,9%; въ частности у крѣпкихъ дѣтей этотъ % доходилъ до 8,8, а у слабыхъ спускался до 4,9.

akushersko.ru

Если же къ указанному числу мертворожденныхъ и вскорѣ умершихъ дѣтей присоединить и перфорированныхъ, то общій % потери дѣтей выразится цифрою 17,5, т. е. въ 11½ разъ болѣе, чѣмъ при произвольныхъ родахъ.

У многородящихъ при оперативныхъ родахъ было извлечено 128 дѣтей (2 двойни), изъ нихъ крѣпкихъ 72,9% (72) и слабыхъ (включая и преждеврем. искусств. роды) 27,1%.

За исключеніемъ перфорированныхъ въ общемъ погибло 10,1% дѣтей, въ частности крѣпкихъ 2,7%, слабыхъ 29,2%.

Присоединивъ сюда перфорированныхъ, получимъ общій % погибшихъ дѣтей равный 30,4, т. е. приблизительно въ 21½ разъ болѣе, чѣмъ при произвольныхъ родахъ.

Итакъ общій % гибели дѣтей у перво и многородящихъ при оперативныхъ родахъ равняется 28. Такой неблагопріятный результатъ значительно ослабляется, если принять во вниманіе слѣдующее: 1) случаи, гдѣ приходилось завѣдомо жертвовать ребенкомъ въ интересахъ матери, а именно при отказахъ отъ пубіотоміи и кесарскаго сѣченія и при инфекціи sub partu, 2) случаи, гдѣ плодъ былъ завѣдомо мертвымъ при началѣ разрѣшенія. Указанныхъ случаевъ насчитывается 24 (изъ 57), исключая ихъ, получимъ % дѣтей, погибшихъ sub partu или въ первые дни жизни, равный 14,6, т. е. все-таки въ 9,7 разъ большій, чѣмъ при произвольныхъ родахъ.

Въ заключеніе, на основаніи представленнаго матеріала надо признать, что въ нашемъ учрежденіи роды при узкомъ тазѣ велись выжидательно, такъ какъ % произвольныхъ родовъ равняется 90,5. Но при этомъ нельзя не указать, что злоупотребленія этимъ методомъ не было, о чемъ свидѣтельствуютъ и низкій % мертворожденныхъ дѣтей и незначительность заболѣваній sub et post partum матерей, а также полное отсутствіе случаевъ разрывовъ матки при произвольныхъ родахъ.

Въ качествѣ, такъ сказать, post scriptum'а позволю себѣ подѣлиться впечатлѣніемъ, полученнымъ при изученіи нашего матеріала, хотя оно и выходитъ за рамки моей работы. Дѣло заключается въ слѣдующемъ.

Если сравнивать у перво и многородящихъ общее количество узкихъ тазовъ съ количествомъ нормальныхъ, то получимъ, что у первородящихъ узкіе тазы составляютъ 33,4% всѣхъ тазовъ, а у многородящихъ—25,4%. Такое отношеніе наблюдается съ небольшими колебаніями изъ года въ годъ.

akusher-lip.ru

Если же принять во вниманіе, что средній возрастъ первороженицъ ниже такового же у многороженицъ, то является впечатлѣніе прогрессирующаго физическаго измельчанія, по крайней мѣрѣ, среди того контингента женщинъ, изъ котораго вербуются кліентки городскихъ родильныхъ домовъ.

Фактъ этотъ, думается, заслуживаетъ вниманія, хотя, конечно, нашъ матеріалъ слишкомъ незначителенъ, чтобы на основаніи его дѣлать обобщающіе выводы относительно прогрессирующаго физическаго вырожденія среди женскаго населенія Москвы.

ЧИСЛО и РАСПРЕДѢЛЕНІЕ ОПЕРАЦІЙ

при узкомъ тазѣ.

НАЗВАНІЕ ОПЕРАЦІЙ.	ПЕРВАЯ степень сужен.				ВТОРАЯ степень сужен.				ТРЕТЬЯ степень сужен.				СУММА.	
	Обще-сужен.		Плоскій.		Обще-сужен.		Плоскій.		Обще-сужен.		Плоскій.			
	Первородящія.	Многородящія.	Первородящія.	Многородящія.	Первородящія.	Многородящія.	Первородящія.	Многородящія.	Первородящія.	Многородящія.	Первородящія.	Многородящія.	Первородящія.	Многородящія.
Метрейризъ . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	1
Низведеніе ножки, извлеченіе .	3	5	2	2	—	—	1	1	—	—	—	—	6	8
Поворотъ на ножку	—	1	—	2	—	—	—	3	—	—	—	—	0	6
Выходные щипцы	9	4	2	1	2	1	2	—	1	—	—	—	16	6
Полостные щипцы	24	8	7	3	9	6	7	2	2	—	1	—	50	19
Высокіе щипцы.	6	20	3	10	5	10	6	14	—	—	—	1	20	55
Перфорація . . .	3	5	2	7	3	4	3	7	—	—	—	2	11	25
Искусств. преждеврем. роды. .	—	2	—	1	—	5	—	3	—	—	—	1	0	12
Пубіотомія . . .	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	0	3
Классическое кесарское сѣченіе.	—	1	—	—	—	2	1	2	—	—	—	1	1	6
Общее число операцій.	45	47	16	27	19	28	20	34	3	0	1	5	104	141

akushelib.ru

Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи на мертвой. *)

(Изъ акушерской клиники И. М. У.).

Н. Н. Гадьманъ.

„Статья 1742 и 1821 тома XIII свода законовъ Россійской имперіи 1857 года кн. III Уст. Суд. Мед. глава I и IV обязываетъ врача, въ случаѣ смерти беременной въ послѣдніе мѣсяцы беременности или смерти во время родовъ, произвести кесарское сѣченіе на мертвой для спасенія жизни плода или, по крайней мѣрѣ, для окрещенія его по христіанскому вѣроисповѣданію. Операція должна быть сдѣлана со всѣми мѣрами предосторожности, какія принимаются при операціи на живой". „Австрійскій законъ § 11 (Oesterr. Regierungs—Verord. 29 Septemb. 1798; 5 Aug. 1800 Bd. II p. 22 и 101) гласитъ: „У женщинъ умершихъ во второй половинѣ беременности, должно производить кесарское сѣченіе по всѣмъ правиламъ искусства и съ тою-же осторожностью, какъ у живыхъ беременныхъ, что бы спасти, если возможно, утробнаго младенца или по крайней мѣрѣ вынуть его живымъ и подвергнуть крещенію, если мать была христіанскаго вѣроисповѣданія". Самый-же древній законъ, запрещающій погребеніе умершихъ беременныхъ, находимъ мы въ Римскомъ lex regia (715 - 673 до Рожд. Христова) установленіе котораго относятъ ко времени Нумы Помпилія. И какъ на болѣе или менѣе достовѣрное осуществленіе его можно указать на Юлія Цезаря, родоначальникъ фамиліи котораго былъ извлеченъ путемъ операціи на умершей матери. Законы другихъ странъ, напримѣръ—въ Баваріи предписываютъ производить кесарское сѣченіе на мертвой послѣ 6 мѣс. беременности; въ Вюртембергскомъ королевствѣ, послѣ 7-ми мѣс., въ Саксонскомъ королевствѣ—при жизнеспособномъ плодѣ. Въ Пруссіи, Франціи и Англіи операція эта предоставляется на усмотрѣніе врачей. Изъ вышеизложеннаго мы видимъ, что Sectio caesarea post mortem не

*) Докладъ, читанный въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества 20 февраля 1913 года.

akusher.ru

есть достояніе позднѣйшаго времени, а озабочивало людей еще и до Рожд. Христова, несмотря на это, мы до сихъ поръ не имѣемъ опредѣленныхъ положеній, указывающихъ на полученіе плода живымъ, за исключеніемъ отдѣльныхъ случаевъ послѣдняго времени съ удачнымъ исходомъ для жизни ребенка.

По статистикѣ кесарскаго сѣченія на мертвой мы видимъ, что Lange 1847 года собралъ 141 случай изъ коихъ живыми извлечены 17 дѣтей, а выжило всего 3. Dorn (52—66) приводитъ 90 случаевъ, причемъ ни одного живого ребенка не получено Prunhuber собралъ 10 случаевъ, гдѣ дѣти остались живы, въ общемъ онъ даетъ 5% живыхъ, число-же случаевъ неизвѣстно. Kehrer указалъ на 61 случай съ 1 живымъ ребенкомъ. Schiwarz, собравшій 107 кесарскихъ сѣченій на мертвыхъ, въ которыхъ ни одной операціи не было съ благопріятнымъ результатомъ для плода, тамъ, гдѣ смерть матери была внѣ всякаго сомнѣнія и считалъ ее безполезной, а относящіяся сюда предписанія закона ненужными. Горецкій указалъ въ собранной имъ литературѣ на 379 случаевъ съ пятью живыми, а Pouch изъ 453 операцій насчитываетъ 43 жизнеспособныхъ плода, причемъ 101 обнаружилъ признаки жизни.

Въ виду столь разнорѣчивыхъ данныхъ по вопросу о кесарскомъ сѣченіи на мертвыхъ съ цѣлью сохранить жизнь младенцу, мы въ своемъ докладѣ и касаемся этого вопроса, на основаніи собранныхъ въ доступной намъ литературѣ 65 случаевъ sectio caesarea post mortem, причемъ обращено главнымъ образомъ вниманіе на описанія послѣднихъ (семи—девяти) лѣтъ, гдѣ неутѣшительные результаты встрѣчаются все рѣже и рѣже.

Прежде всего посмотримъ правъ-ли Dorn, Schwarz, Гарвицъ, Fehling и др., скептически относящіеся къ этой операціи, а нѣкоторые изъ нихъ считающіе ее прямо-таки безполезной и ненужной? Дѣло въ томъ, что по Лазаревичу выходитъ: ,,если статистическіе выводы не говорятъ въ пользу кесарскаго сѣченія на мертвыхъ, то это происходитъ въ значительной степени отъ того, что операціи, большею частью, производились врачами малоопытными, недовольно обладающими умѣніемъ убѣдиться въ томъ, живъ-ли плодъ до операціи или мертвъ. Не малое число случаевъ, въ которыхъ операція производилась только на основаніи существующихъ

законовъ и какъ-бы для успокоенія совѣсти". Мы вполнѣ присоединяемся къ этому мнѣнію, ибо 107 случаевъ и даже болѣе ничего не говорятъ за безполезность этой операціи, такъ какъ перечисленныя данныя приблизительно за 40 лѣтъ съ 1847 года по 97-ой приводятъ къ болѣе утѣшительнымъ выводамъ: изъ 1241 случая—134 живыхъ и 56 выжившихъ младенца. „Несмотря на сотни безуспѣшныхъ случаевъ, по справедливому заключенію Бреслау, достаточно одного счастливаго, для того, что-бы было основаніе не допускать никакой возможности къ тому, что-бы трупъ сталъ могилою существу живому, имѣющему право на жизнь". По Cathala процентъ выживанія дѣтей постепенно повышается, такъ въ 1888 году онъ равнялся $1,_{15}$; въ 1892—$34,_{7}$ и въ 1903 г.—$61,_{27}$, что авторъ приписываетъ главнымъ образомъ, улучшенію ухода за недоношенными дѣтьми и быстротѣ операціи". Изъ собранныхъ нами 65 случаевъ въ литературѣ, процентъ извлеченныхъ живыми равняется 65,63. Изъ этого видно, что операція кесарскаго сѣченія на мертвой не только не безполезна, но обязательна для каждаго врача, присутствующаго во время смерти или приглашеннаго тотчасъ послѣ смерти беременной женщины.

Что касается причинъ, почему кесарское сѣченіе на мертвой даетъ сравнительно неутѣшительные результаты, по нашему подсчету 34,38% мертвыхъ, то по мнѣнію Schauta онѣ заключаются: „въ томъ, что уже задолго до полнаго прекращенія сердечной дѣятельности матери кровяное давленіе и дыханіе такъ падаютъ, что не можетъ быть и рѣчи о доставленіи ребенку кислорода. Смерть плода наступаетъ по большей части еще и до смерти матери".

А по Феноменову: „пока умирающая находится въ агоніи, плодъ подвергается серьёзной опасности асфиксіи, не говоря даже о томъ, что самъ основной болѣзненный процессъ, убивающій мать, можетъ оказать вліяніе и на плодъ (напр. эклямпсія и т. п.)".

Лазаревичъ пишетъ: „Со смертію матери плодъ подвергается асфиксіи подобно тому, какъ это бываетъ при затрудненномъ или воспрепятствованномъ маточно-послѣдовомъ кровообращеніи. Отъ прекращеннаго окисленія крови, у плода должны возбудиться преждевременныя, дыхательныя движенія съ явленіями асфиксіи... Физіологическая дѣятельность послѣда

не можетъ продолжаться послѣ того, какъ кровь у матери уже не двигается; тогда плодъ можетъ оставаться живымъ, только въ состояніи асфиксіи.“ Кромѣ вышеупомянутыхъ причинъ не безразличнымъ является, какъ родъ заболѣванія, такъ и и родъ смерти.

Извѣстно что эклямпсія даетъ наибольшій % мертвыхъ дѣтей, а именно 52,38, и слѣдовательно оказываетъ губительное вліяніе на жизнь плода въ послѣднія минуты умирающей матери, что мы видимъ изъ отчетовъ Сборника Трудовъ врачей Спб-родовспомогательнаго заведенія за 1894 и 95 годы, далѣе случаи Судакова, Личкуса, Cathala и др., кромѣ того длительное и значительное повышеніе температуры (опыты Breslau, Runge), изнуряющія болѣзни, случаи Stearns, Дашкевичъ, Seuffert. острыя инфекціонныя, медленная смерть беременной и „если мать умираетъ отъ болѣзней крови (холеры, тифа, скарлатины или оспы), то нельзя разсчитывать на сохраненіе жизни плода, такъ какъ въ этихъ болѣзняхъ смерть плода предшествуетъ смерть матери. Тоже самое должно сказать и относительно случаевъ острыхъ отравленій матери такими ядами, которые быстро измѣняютъ кровь».

Проф. Побѣдинскій говоритъ: „Въ случаяхъ скоропостижной смерти матери ребенокъ можетъ быть извлеченъ живымъ чаще чѣмъ въ случаяхъ смерти послѣ продолжительной агоніи“. Breslau на основаніи опытовъ такъ-же пришелъ къ заключенію, что плодъ всегда переживаетъ мать, если смерть послѣдней была быстрой и насильственной: кровотеченіе, ударъ по головѣ, апоплексія, задушеніе и т. п.

Подтвержденіемъ этихъ опытовъ могутъ служить случаи кесарскаго сѣченія на мертвыхъ Jungenblodt'a Weiswange, Knauera, Eunarda, Schassy и др. гдѣ смерть послѣдовала внезапно отъ разнаго рода причинъ (см. таблицу). Нельзя не обратить вниманіе на случай Hoschecky, который тщательно слѣдя за угасаніемъ жизни матери, во время приступилъ къ операціи и получилъ младенца въ асфиксіи, а затѣмъ и оживилъ его, причемъ умирающая была въ послѣдней стадіи легочной чахотки, и на случай К. Н. Калмыкова, гдѣ больная была истощена злокачественнымъ новообразованіемъ, тѣмъ неменѣе съ хорошими результатами для плода, которые наводятъ на мысль, что не поздно-ли дѣлаютъ Sectio caesarea post mortem, выжидая слишкомъ долго несомнѣнныхъ призна-

ковъ смерти у истощенныхъ беременныхъ. Дѣло въ томъ что опыты Breslau на животныхъ привели къ тому заключенію, что „Кесарское сѣченіе, предпринимаемое позднѣе чѣмъ по истеченіи 15—20 м. по смерти матери, не можетъ уже дать живого плода Слѣдовательно извлеченіе плода требуется сдѣлать немедленно и мы думаемъ, что обозначеніе тотъ-часъ или черезъ 1—1½ мин., страдаютъ большой неточностью, по всей вѣроятности смерть наступила раньше, а операція являлась запоздалой и время производства ея пропущеннымъ. Тамъже, гдѣ своевременно, какъ у Hoscheck'у и Калмыкова, сдѣлано кесарское сѣченіе плодъ полученъ живымъ.

Обращаясь къ опытамъ Breslau и его выводу, что операція должна быть сдѣлана не позднѣе, какъ черезъ 15—20 м. послѣ смерти, приводимъ съ своей стороны случаи Cathala, Nacke, Кривскаго, Бурдзинскаго, Erdheinn'a, Калмыкова, Falbinga, Venus'a, Engelmann'a и др., гдѣ точно указано, что sectio caesarea сдѣлана minimum черезъ 1 мин и maximum черезъ 15, причемъ, какъ единичные случаи приведемъ Pinglera, Jungenblodt'a и Weiwange, гдѣ промежутокъ времени отъ смерти до операціи равняется отъ 23—17 мин. Слѣдовательно наиболѣе благопріятный исходъ получается тамъ, гдѣ извлеченіе плода сдѣлано не позже 15 мин. post mortem, тамъ-же гдѣ врачу приходится терять время на приготовленіе къ операціи и на самое производство ея, то плодъ навѣрное будетъ извлеченъ мертвымъ и въ лучшемъ случаѣ въ глубокой асфиксіи, но не жизнеспособнымъ.

Поэтому Löwenhardt въ 1871 году предложилъ оперировать въ агоніи, для спасенія хоть одной жизни; въ этомъ смыслѣ высказывались Stein, Fulda и Ritgen, но мнѣнія другихъ объ операціи на умирающихъ раздѣлились и: „взгляды эти— таковы. Проф Толочиновъ: „предложеніе, сдѣланное нѣкоторыми акушерами, что бы кесарское сѣченіе производилось надъ умирающими беременными во время агоніи. для сохраненія жизни плода, врядъ-ли найдетъ много сторонниковъ". Проф. Оттъ: „особенно при операціяхъ въ агоніи больной слѣдуетъ имѣтч въ виду эту трудность таксировать состояніе больной и опредѣлить непосредственную близость смерти. Такихъ больныхъ нельзя со спокойной совѣстью подвергать тяжкой операціи, имѣющей въ виду лишь одну жизнь плода. Право жизни надъ собой имѣетъ лишь самъ человѣкъ, а такъ какъ

больную въ безсознательномъ состоянiи мы не можемъ спросить, то и оперировать ее мы не имѣемъ права.“ Проф. Феноменовъ: „Нѣтъ никакого сомнѣнiя, что болѣе раннее вмѣшательство даетъ больше шансовъ на извлеченiе плода живымъ, но, съ другой стороны, этимъ вносится значительная неопредѣленность въ выборѣ времени для операцiи т.-е. дается большой просторъ произволу, что можетъ подавать поводъ къ нареканiямъ, обвиненiямъ въ безсердечiи и проч. И обвинящiе будутъ до извѣстной степени правы, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда и плодъ будетъ извлеченъ мертвымъ, или хотя и съ признаками жизни, но оживить его не удастся. Для всѣхъ будетъ очевдно, что операцiя сдѣлана понапрасно. Да, кромѣ того, и самое выполненiе операцiи можетъ сопровождаться тяжелыми сценами. Въ самомъ дѣлѣ, оперируемая хотя и находится въ агонiи, тѣмъ не менѣе она *жива* и никто не можетъ поручиться за то, что, при той глубокой и обширной травмѣ, которая необходима для выполненiя операцiи, больная не будетъ реагировать на это, напр. стонами или крикомъ, безсознательными движенiями и проч., да наконецъ, никто не можетъ поручиться за то, что у нея, хотя-бы на мгновенiе, не появится проблескъ сознанiя... Вѣдь нельзя же ради этого подвергать наркозу находящуюся въ агонiи!

Независимо отъ этихъ соображенiй, я не считаю себя въ правѣ предпринять кесарское сѣченiе во время агонiи еще и потому, что это значило-бы оперировать безъ вѣдома и согласiя больной. Это послѣднее обстоятельство я считаю въ высшей степени важнымъ. По мнѣнiю моему, здѣсь, какъ и при операцiяхъ на живой, наличностью или отсутствiемъ этого условiя окончательно опредѣляется наше отношенiе къ данному случаю, ибо я думаю, что если послѣдняя воля *умершихъ*, бывшихъ въ моментъ выраженiя ея юридически правоспособными, и по закону, и по правиламъ общественной морали, считается священною и подлежащею исполненiю, какое-бы огромное влiянiе это не оказывало на судьбу оставшихся въ живыхъ, то тѣмъ болѣе это слѣдуетъ сказать о правѣ распорядиться своею собственною судьбою, своею угасающею жизнью...

А потому лишь въ крайне *исключительныхъ случаяхъ* будетъ вполнѣ возможно такое сочетанiе обстоятельствъ, при которыхъ производство операцiи кесарскаго сѣченiя на уми-

рающей можетъ считаться не только позволительнымъ, но даже (нравственно) обязательнымъ для врача. Представьте себѣ такой случай: беременная, на сносяхъ, совершенно правильно текущей беременности, получетъ такое травматическое поврежденіе, смертельный исходъ котораго вполнѣ очевиденъ и совершенно *неизбѣженъ*, при томъ въ самомъ непродолжительномъ времени. Потерпѣвшая въ сознаніи, понимаетъ свое положеніе. А плодъ между тѣмъ живъ, и сохраненіе его жизни, по условіямъ соціальнаго и семейнаго быта матери, представляется для нея въ высшей степени важнымъ. Въ такомъ случаѣ я не задумался-бы исполнить просьбу умирающей и въ послѣднія минуты ея жизни произвелъ бы кесарское сѣченіе, по возможности, откладывая выполненіе операціи до тѣхъ поръ, пока позволяютъ это интересы плода.

Или, наоборотъ, оперировалъ бы раньше, имѣя въ виду доставитъ умирающей возможность при не потухшемъ еще сознаніи увидѣть или услыхать своего ребенка, словомъ фактически почувствовать себя матерью. Проф. Лазаревичъ: „Какъ-бы ни было, повидимому, справедливо сужденіе Феноменова, но нельзя не сказать въ защиту судьбы плода, если только онъ живъ, что ему предстоитъ возможность продолжать существованіе, а его матери остается нѣсколько мгновеній агоніи ..

Если-бы сама больная могла быть спасена операціей безъ ея вѣдома и согласія, то слѣдовало-бы оперировать, нисколько не колеблясь; а если такъ, то относительно плода даже есть основаніе полагать, что согласіе умирающей было-бы; но оно совершенно излишне, когда операція, не причиняя никому вреда, можетъ спасти жизнь плоду.

Отъ глазъ умирающей, у которой чувствительность совершенно притуплена, все производство операціи можетъ быть скрыто“.

Проф. Крассовскій: „если врачу приходится присутствовать при смерти беременной умирающей отъ какого либо зимотическаго процесса или даже давняго страданія органовъ дыханія или сердца и проч., то едва-ли будетъ раціонально выжидать момента наступленія смерти, такъ какъ въ этихъ случаяхъ плодъ умираетъ раньше матери. При подобныхъ условіяхъ должно рѣшиться на кесарское сѣченіе во время агоніи беременной, коль скоро существуютъ положительные признаки жизни плода“. Проф. Рунге: „Кесарское сѣченіе въ агоніи доз-

волительно лишь при томъ условіи, когда врачъ убѣжденъ, что женщина должна умереть въ самое короткое время и что плодъ, способный къ внѣматочной жизни, несомнѣнно еще живъ". Проф. К. Шредеръ: „предложеніе Löwenhardt'а въ подходящихъ случаяхъ заслуживаетъ вниманія, но нельзя не сознаться, что оно можетъ подать поводъ къ злоупотребленіямъ, а въ частной практикѣ довольно часто будетъ оказываться непримѣнимымъ". Проф. Шпигельбергъ: „Кесарское сѣченіе показано на мертвой, а такъ-же на умирающей беременной или роженицѣ, когда дѣло идетъ о спасеніи ребенка".

Проф. Кнаппъ: „если жизни плода угрожаетъ агонія или внезапная смерть тяжело заболѣвшей роженицы, гдѣ беременность уже преступила 28-ю недѣлю, мы обязаны разрѣшить роженицу per vias naturales, или при помощи кесарскаго сѣченія". Проф. Schauta: „Въ послѣднее время кесарское сѣченіе въ агоніи стало все болѣе вытѣсняться усовершенствованными методами искусственнаго расширенія маточнаго зѣва и vulvae помощью кольпейриза и глубокихъ разрѣзовъ cervix, равно какъ влагалища съ промежностью".

Насколько, собственно говоря, операція въ агоніи хороша и какіе результаты для ребенка она даетъ, выразить въ цыфрахъ трудно, такъ какъ мы не могли собрать много случаевъ этой операціи. Проф. Schauta въ своемъ учебникѣ упоминаетъ что въ новѣйшей литературѣ описаны случаи Runge (опухоль мозга) Frank'а (общій ожогъ), Fehlinga (meningitis basilaris) Sommerbrodt'а (fibrosarkoma cerebri) Schweigera (gliosarcoma cerebri) Hays'а (apoplexia cerebri). Мы укажемъ на два случая М. Калмыкова, одинъ—Lumpe и одинъ Долинскаго. Во всѣхъ этихъ случаяхъ жизнь ребенка была спасена, за исключеніемъ одного, который погибъ отъ другой причины, уродство — Гемицефалъ).

Резюмируя мнѣнія вышецитированныхъ авторовъ, мы видимъ, что большинство изъ нихъ склоняется къ производству кесарскаго сѣченія на умирающей въ агоніи, но только лишь въ томъ случаѣ, если съ увѣренностью можно сказать, что смерть наступитъ въ самомъ непродолжительномъ времени и что плодъ еще несомнѣнно живъ.

Что же касается вопроса о согласіи умирающей или родственниковъ ея, то онъ разрѣшается въ положительномъ смыслѣ, на общемъ основаніи, какъ это дѣлается при всякой операціи.

К. Калмыковъ справедливо замѣчаетъ: „во многихъ случаяхъ это разрѣшеніе (производить операцію или нѣтъ) въ ту или другую сторону зависитъ не только отъ взглядовъ и убѣжденій врача, но и отъ окружающихъ и близкихъ къ умирающей людей. Послѣднее обстоятельство не маловажно и съ нимъ приходится несомнѣнно, серьезно считаться".

На вопросъ-же Замшина, имѣемъ ли мы право производить кесарское сѣченіе на умершей, безъ согласія ея родственниковъ? проф. Феноменовъ отвѣтилъ, что не только имѣемъ право, но обязаны это дѣлать по закону. Проф. Муратовъ, въ сборникѣ трудовъ IV съѣзда акушеровъ и гинекологовъ, отмѣчаетъ что: „акушеръ приглашается къ только что умершей беременной или роженицѣ: законъ требуетъ производства кесарскаго сѣченія — родственники или близкіе умершей ни коимъ образомъ не разрѣшаютъ операціи и врачъ волей-неволей удаляется, не выполнивъ своей задачи, рискуя быть привлеченнымъ къ судебной отвѣтственности". И дѣйствительно въ литературѣ описаны случаи, гдѣ врачи, привлеченные прокурорскимъ надзоромъ, фигурировали передъ судомъ по этому поводу, но въ концѣ концовъ были реаблитированы. Изъ этого мы видимъ, что врачъ съ одной стороны долженъ исполнить предписаніе закона, а съ другой получаетъ противодѣйствіе къ этому, спрашивается, какъ поступить, вѣдь каждая пропущенная минута тяжело отзывается на жизни плода? Отвѣта на этотъ вопросъ въ литературѣ мы не находимъ; просьба же родственниковъ о производствѣ операціи съ цѣлью спасти младенца, отмѣчается во всѣхъ 65 случаяхъ только два раза: одинъ у Калмыкова и одинъ у Engelmann'a. Во всѣхъ же остальныхъ ничего по этому поводу не сказано. Само собою разумѣется, что если смерть беременной или роженицы послѣдовала, гдѣ нибудь въ учрежденіи, а не въ частной квартирѣ, то врачъ, по смыслу закона согласія испрашивать не обязанъ и будетъ дѣйствовать по своему усмотрѣнію. Вообще-же мы думаемъ, что способъ дѣйствія, какъ въ учрежденіи, такъ и въ частной практикѣ долженъ быть предоставленъ всецѣло на усмотрѣніе врача, въ противномъ случаѣ онъ будетъ поставленъ въ неопредѣленное положеніе, съ одной стороны ему грозитъ отвѣтственность, а съ другой и въ большинствѣ случаевъ препятствіе къ производству операціи со стороны родственниковъ вплоть до насилія, ибо большинство изъ нихъ

сочтетъ кесарское сѣченіе на мертвой ничѣмъ инымъ, какъ глумленіемъ надъ тѣломъ покойной, доказательствомъ чему служатъ постоянныя просьбы родныхъ о томъ, что-бы не вскрывали покойника. Наконецъ, если и получится разрѣшеніе, то навѣрно послѣ долгихъ переговоровъ и совѣтовъ, да кромѣ того, врядъ-ли кто будетъ дѣлать кесарское сѣченіе безъ консультаціи, конечно за рѣдкимъ исключеніемъ, а время для этого идетъ и конечно окажется упущеннымъ. Вѣдь опредѣлить моментъ смерти не такъ легко.

Въ литературѣ описаны случаи, гдѣ послѣ операціи на мертвой, больная дѣлала глубокое вдыханіе или даже болѣе жила 18 часовъ, какъ мы видимъ, нельзя врача ставить въ какія либо опредѣленныя рамки закона, такъ какъ сфера дѣятельности его зависитъ не только отъ случая, но и отъ обстоятельствъ его окружающихъ. Законы по данному предмету Англіи, Франціи и Германіи ясно указываютъ путь, по которому слѣдуетъ идти и намъ т. е. Sectio caesarea post mortem представить на усмотрѣніе врача.

Еще больше неопредѣленности вносится при операціи на умирающей, т.-е. въ агоніи, гдѣ даже опытные иногда затруднятся рѣшить имѣетъ-ли онъ дѣло съ шокомъ, агоніей или съ состояніемъ „общаго ослабленія всѣхъ функцій организма, предшествующее иногда медленно наступающей смерти, и обусловленное, главнымъ образомъ, чрезмѣрно пониженной работою сердца и называемымъ коллапсомъ, вѣдь одно состояніе можетъ переходить въ другое и даже получиться мнимая смерть съ результатами Peu, Reinholda и Penard'a, гдѣ мнимоумершая во время операціи погибала или отъ кровотеченія, или-же разрѣшалась самостоятельно, или даже оставалась жива. Законъ очевидно предусматриваетъ подобные случаи и предписываетъ производить операцію такъ-же, какъ на живой.

Способъ операціи во всѣхъ случаяхъ былъ одинъ и тотъ-же, т.-е. классическое кесарское сѣченіе, но нѣкоторые авторы напр. Schauta указываетъ, что кесарское сѣченіе вытѣсняется болѣе усовершенствованными методами искусственнаго расширенія маточнаго зѣва помощью кольпейриза и глубокихъ разрѣзовъ cervix, равно какъ влагалища съ промежностью. „Runge (83), склоняясь болѣе къ кесарскому сѣченію на умирающихъ, выработалъ для 4 конкуррирующихъ здѣсь оперативныхъ методовъ: 1) искусственныхъ, преждевременныхъ родовъ; 2)

accouchement forcé 3) кесарскаго сѣченія на умирающихъ и 4) кесарскаго сѣченія на умершихъ, слѣдующія положенія: 1. Искусственные преждевременные роды показаны, если неизлечимо-больная своевременно поступитъ къ врачу, и можно быть твердо увѣреннымъ, что она умретъ ранѣе наступленія родовъ. 2. Такъ какъ въ агоніи возбуждаются схватки, вслѣдствіе насыщенія крови углекислотой, то при сильно подвинувшихся родахъ показано accouchement forcé, а при мало подвинувшихся—эта операція не даетъ хорошихъ результатовъ. 3. Кесарское сѣченіе въ агоніи даетъ лучшіе результаты для жизни плода, но ускоряетъ смерть матери, поэтому въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень тяжело на него рѣшиться. 4. Кесарское сѣченіе на мертвой матери—шансы на жизнь плода меньше, чѣмъ при другихъ операціяхъ.

Просматривая таблицу собранныхъ случаевъ мы видимъ, что смерть беременныхъ наступала въ послѣдніе мѣсяцы беременности отъ 7-го до 10-го, причемъ законъ предписываетъ производить кесарское сѣченіе такъ-же на послѣднихъ мѣсяцахъ точнаго-же указанія на какомъ мѣсяцѣ нѣтъ. По Австрійскому закону—на второй половинѣ беременности; въ Баваріи послѣ 6-ти мѣс. въ Вюртембергскомъ королевствѣ послѣ 7-ми, а въ Саксонскомъ королевствѣ при жизнеспособномъ плодѣ. Другія страны предоставляютъ на усмотрѣніе врача.

Что касается возраста, то онъ очевидно роли не играетъ. Операціи производились, какъ у 17-ти лѣтн., такъ и у женщинъ 41 года съ хорошими результатами для плода.

На основаніи изложеннаго мы позволяемъ себѣ вывести слѣдующія положенія.

1) Всѣ культурныя страны предписываютъ производить кесарское сѣченіе на мертвой, причемъ Англія, Франція и Германія предоставляютъ эту операцію на усмотрѣніе врачей.

2) Операція кесарскаго сѣченія post mortem даетъ отъ $61,_{27}$ до $65,63\%$ живыхъ дѣтей.

3) Внезапная, быстрая, насильственная смерть, кромѣ того, смерть отъ болѣзней центральной нервной системы, болѣзней сердца и почекъ даетъ лучшіе результаты чѣмъ смерть отъ изнуряющихъ болѣзней, отъ острыхъ инфекціонныхъ, отъ болѣзней крови и отъ ядовъ, которые быстро измѣняютъ кровь.

4) Болѣе благопріятный исходъ для плода получается тамъ, гдѣ производство операціи указано не позднѣе чѣмъ черезъ 15—20 м. Точно-же обозначить черезъ сколько времени кесарское сѣченіе можетъ дать живого ребенка считаемъ въ большинствѣ случаевъ невозможнымъ, потому-что часто бываетъ трудно опредѣлить моментъ смерти.

5) Согласіе умирающей или ея родственниковъ на операцію въ частной практикѣ должно быть испрошено, равно какъ и при производствѣ кесарскаго сѣченія на мертвой.

6) Производство операціи должно быть предоставлено на усмотрѣніе врача.

7) Sectio caesarea post mortem на умирающей даетъ хорошіе результаты и производить ее надо тамъ, гдѣ съ увѣренностью можно сказать, что плодъ живъ и смерть матери наступитъ въ самомъ непродолжительномъ времени.

8) Консультація передъ кесарскимъ сѣченіемъ желательна въ виду возможныхъ ошибокъ.

9) Операція производится въ послѣдніе 7—10 мѣс. беременности, но тамъ гдѣ наступленіе ея установить трудно возможно производить и раньше.

10) Возрастъ умершей на жизнь плода не оказываетъ.

Для болѣе удобнаго обозрѣнія привожу всѣ 65 случаевъ въ видѣ таблицы, съ указаніемъ источника и особенностей каждаго кесарскаго сѣченія на мертвой.

---

akusher-lib.ru

ТАБЛИЦЫ

65 случаевъ кесарскаго сѣченія

на мертвой.

akusher-lib.ru

АВТОРЪ.	Возрастъ.	Какая берем.	На какомъ мѣс. берем.	Какое заболѣваніе.	Посмертная діагност.
Сборникъ трудовъ врачей СПБ. родовспомогат. завед. Отчеты за 1895 г. 5 случ. и за 1894 г. 2 случая.					
1)	28	3-ья	Доношенъ	Эклямпсія.	Nephritis parenchymat. Oedema pulmonum.
2)	21	1-ая			Apoplexia cerebri. Oedema pulmonum.
3)	37	5-ая			Nephritis parenchymat. Oedema pulmonum.
4)	24	1-ая			
5)	27	1-ая			
6)	24	1-ая		Отекъ легкихъ эклямпсія.	
7)	18	1-ая		Эклямпсія.	
Bäcker. 8) Журн. Акуш. и Женск. бол. 1903 г. стр. 1531.	40	—	IX	Отекъ легкихъ одышка.	—
I. Backer: 2 случ. 9) 1) Посмертное кесарское сѣченіе. Живой ребенокъ. Жур. Акуш. и Женск. болѣзн. 1894 г. стр. 702 реф. Какушкина.	40	8-ая	X	Хронич. атрофія сердца и хронич. отекъ легкихъ.	—
2-ой случ. 10)	26	—	—	Гнойный менингитъ.	—
Барнсъ. 11) Курсъ Акуш. Лазаревича II ч. стр. 681.	—	—	—	—	—
Бацевичъ. 12) Журн. Акуш. и Женск. бол. Зас. Акуш. Гинек. общ. 1903 г. стр. 1418.	—	—	—	—	—

akusher-lib.ru

Черезъ сколько времени приступлено къ операціи.	Признаки жизни ребенка.	Исходъ для ребенка.	Согласіе родств. на операцію.	Особыя замѣтки.
Тотчасъ.	—	Мертвый.	—	Mors черезъ 2 ч. по доставленіи.
	—		—	Mors больной черезъ $1^1/_2$ часа по доставленіи.
	—		—	Mors больной черезъ 3 часа по доставленіи.
	—		—	Mors черезъ 5 час. по доставленіи.
	—		—	Mors тотчасъ по доставл.
	—		—	Mors во время родовъ.
На тепломъ трупѣ.	—		—	Плодъ съ признаками окоченѣнія; t^0 младенца ниже t^0 матери.
Тотчасъ.	—	Живой.	—	Кровотеч. при разрѣзѣ. Матка сократилась.
За послѣднимъ вздохомъ больной.	-	Живой.	—	Матка сократилась послѣ операціи, какъ у живой.
—	—	Мертвый.	—	Млад. неоживл. и 733 взмах. по Шульце.
15 мин.	—	Живой.	—	Mors больной черезъ 20 м. по доставл. Ребенокъ прожилъ 34 часа.
Съ послѣднимъ вздохомъ.	—	Мертвый.	—	Плодъ оказался въ состояніи трупнаго окоченѣнія.

akusher-lib.ru

АВТОРЪ.	Возрастъ.	Какая берем.	На какомъ мѣс. берем.	Какое заболѣваніе.	Посмертная діагност.
Boschouwers. 13) Sectio caesarea p. m. Monatsschrift f. Geburtsh и Gyn. реф. Monchy B. 20 стр. 103.	—	—	—	—	—
Breslau. 14) Курсъ Акуш. Лазаревича II часть стр. 681.	39	3-ья	33-ей нед.	Воспаленіе легкихъ.	—
Бурдзинскій. 15) Кесарское сѣченіе на мертвой. Жив. плодъ. Жур. Ак. и Ж. б. за 1903 г. стр. 1527.	19	1-ая	VIII	Эклямпсія.	Увелич. селезенка, фокусъ размягченія въ лѣвой долѣ мозжечка.
Weisswange. 16) Реф. Проскуряковой. Журн. Акуш. и Женск. бол. за 1904 г. стр. 2051.	—	—	—	Внезапная смерть отъ разрыва аорты.	Ruptura aortae spontaneae.
Weinberg 17) Реф. Hohl'я Zentrbl. f. Gyn. 1898 г. стр. 13.	—	—	—	Туберкулезный менингитъ.	—
Welponer. Учебн. Акуш. Шредера II ч. стр. 109. 2 случая.					
18)	—	—	—	—	—
19)	—	—	—	—	—
Venus. Zur Kasuistik der plötzlichen Todesfälle während der Geburt. Sectio caesarea in mortua. Zentrbl. f. Gyn. № 2. Реф. Jahresbericht 1911. p. 805.					
20)	—	—	—	Во время родовъ.	—

akusher-lib.ru

Черезъ сколько времени приступлено къ операціи.	Признаки жизни ребенка.	Исходъ для ребенка.	Согласіе родств. на операцію.	Особыя замѣтки.
10 мин.	За 20 мин. до смерти матери сердечн. тоны не прослушив.	Живой.	—	Плодъ жилъ 22½ часа.
15 мин.	—	Живой.	—	Ребенокъ слабаго развитія жилъ 6—7 час.
Тотчасъ.	Рѣзкія движен. плода.	Живой.	—	При оживленіи плода изъ носа и рта вытекло значит. колич. жидкости.
19 мин.	—	Живой.	—	—
4—5 мин.	Сердцебіеніе плода.	Живой.	—	—
—	—	Живой.	—	—
—	—	Живой.	—	—
7—8 мин.	—	Мертвый.	—	Ребенокъ рожденъ въ асфиксіи; оживить не удалось.

akusher-lib.ru

АВТОРЪ.	Возрастъ.	Какая берем.	На какомъ мѣс. берем.	Какое заболѣваніе.	Посмертная діагност.
Uenus. Къ казуистикѣ скоропостижной смерти во время родовъ. Кесарск. сѣченіе на мертвой реф. И. Судакова. Журн. Акуш. и Ж. болѣз. 1911 г. с. 538.					
21)	38	VI	Кон. берем.	Эклямпсія.	—
Wyder. Vier Kaiserschnitte aus seltener Indikation. Drei Kaiserschnitte post mortem реф. Couranta. Zentrbl. f. Gynak. 1908. p. 277.					
22)	—	—	—	Хронич. нефритъ.	—
23)	—	—	—	Vitium cordis.	—
24)	—	—	—	Эклямпсія.	Кровоизліяніе въ мозгъ.
Гейнриціусъ. Курсъ Акуш. II. Лазаревича стр. 680.					
25)	38	—	—	Разрывъ аорты.	—
Genera. Журн. Акуш. и Ж. б. 1903. с. 1531.					
26)	—	V	VII	Insuff. valv. mitral.	—
Guéniot. Zeutrbl. f. Gynäk 1908. p. 1153.					
27)	—	—	—	Двусторонній піэлонефритъ.	—
Davis. Журн. Акуш. и Ж. б. 1903 с. 1531.					
28)	—	—	—	Эклямпсія.	—

akusher-lib.ru

Черезъ сколько времени приступлено къ операціи.	Признаки жизни ребенка.	Исходъ для ребенка.	Согласіе родств. на операцію.	Особыя замѣтки.
5—7 мин.	—	Живой.	—	Ребенокъ въ асф. оживл. Вскорѣ послѣ рожд. умеръ.
—	—	Мертвый.	—	—
—	—	Живой.	—	—
—	—	Живой.	—	—
5 мин.	—	Живой.	—	—
Тотчасъ.	—	Живой.	—	—
Тотчасъ.	—	Мертвый.	—	—
Тотчасъ.	—	Живой.	—	—

akusher-lib.ru

АВТОРЪ.	Возрастъ.	Какая берем.	На какомъ мѣс. берем.	Какое заболѣваніе.	Посмертная діагност.
Дашкевичъ. Журн. Акуш. и Ж. б. 1900 с. 1485. 29)	36	III	VII	Recid sarkom.	—
Долинскій. Журн. Акуш. и Ж. б. 1905 с. 120. 30)	—	—	—	Эклямпсія.	—
Engelmann. 31) Zeutrbl. f. Gynäk. 1908. p. 1153.	20	—	—	Туберкул. менингит.	Туберк. менингитъ.
Erdheinn. Журн. Акуш. и Ж б. 1903 с. 1531. 32)	32	—	VII	Кровотеч. изъ art. annonyma.	—
Everke. Врач. Газета 1912 стр. 305. 33)	—	—	—	Нефритъ.	—
Eunard. Журн. Акуш. и Ж. б. 1908 с. 1153. 34)	26	—	IX	Внезапно; плевритъ, нефритъ.	—
Iungenblodt. Кесарск. сѣч. у скоропост. ум. реф. Сандбергъ-Дебеле. Ж. Ак. и Ж. б. 1904 с. 571. 35)	31	V	X	Скоропостижно.	—

akusher-lib.ru

Черезъ сколько времени приступлено къ операціи.	Признаки жизни ребенка.	Исходъ для ребенка.	Согласіе родств. на операцію.	Особыя замѣтки.
—	Слабое движеніе.	Мертвый.	—	При началѣ разрѣза больная сдѣлала 2 вздоха.
Тотчасъ.	—	Живъ.	—	Послѣ операціи больная вздохнула.
5 мин.	—	Живой.	Желаніе родст.	—
10 мин.	—	Живой.	—	—
—	—	Живой.	—	—
8—10 мин.	—	Живой.	—	—
17 мин.	—	Живой.	—	Родил. въ асфиксіи черезъ 20 м. оживлена.

akusher-lib.ru

АВТОРЪ.	Возрастъ.	Какая берем.	На какомъ мѣс. берем.	Какое заболѣваніе.	Посмертная діагност.
Калмыковъ К. Н. Врач. Газета 1912 с. 304.					
36)	26	IV	—	Смерть отъ задушенія Neoplasma maligna.	—
Cathala. Посмертное кесарское сѣченіе. Ж. Ак. и Ж. б. 1909 г. с. 112.					
37)	27	II	—	Внезапн. смерть.	Sarcoma cerebri
Клиника акуш. 5-го курса Жен. Мед. Инс. Ж. Ак. и Ж. б. 1907 с. 998.					
38)	17	I	IX	Эклямпсія.	—
Koenig. Ж. Ак. и Ж. б. 1903 с. 1531.					
39)	25	I	IX	Эклямпсія.	—
Kleinhaus. Врач. Газ. 1912 с. 305.					
40)	—	—	—	Нефритъ.	—
Colle. Ж. Ак. и Ж. б. 1903 с. 1531.					
41)	—	—	—	Задушеніе эмболія легкаго.	—
Knauer. Ж. Ак. и Ж. б. 1903 с. 1531.					
42)	—	—	IX	Внезапно.	Опухоль мозга.

akusher-lib.ru

Черезъ сколько времени приступлено къ операціи.	Признаки жизни ребенка.	Исходъ для ребенка.	Согласіе родств. на операцію.	Особыя замѣтки.
Тотчасъ.	—	Живой.	—	—
8—10 мин.	—	Живой.	—	—
—	—	Мертвый.	—	—
Тотчасъ.	—	Живой.	—	—
10 мин.	—	Живой.	—	—
18 мин.	—	Мертвый.	—	—
10 мин.	—	Живой.	—	—

akusher-lib.ru

АВТОРЪ.	Возрастъ.	Какая берем.	На какомъ мѣс. берем.	Какое заболѣваніе.	Посмертная діагност.
Кривскій. Ж. Ак. и Ж. б. 1905 с. 120.					
43)	26	III	—	Эклямпсія.	Кровоизл. въ мозгъ.
Limbacher, Rezso Sectio caesar. p. mortem Orvosi Hetilap. Gyn № 3—4 Реф. Iahresber. 1910 г. с. 190.					
44)	—	—	—	Pneumonia.	—
Lindquist Жур. Ак. и Ж. б. 1903 с. 1531.					
45)	36	I	—	Эклямпсія.	—
Личкусъ. Ж. Ак. и Ж. б. 1905 с. 120 2 случая.					
46)	—	—	—	Эклямпсія.	—
47)	-	—	—	Эклямпсія.	—
Lumpe. Журн. Ак. и Ж. б. 1906 с. 892. Случай Кесарск. сѣч. во время агоніи.					
48)	34	VIII	—	Apoplexia cerebri.	—
Nacke. Ж. Ак. и Ж. б. 1906 с. 892.					
49)	—	—	—	Сердечн. больн.	—
Pinger. Врач. Газ. 1912 с. 305.					
50)	—	—	—	Апоплексія.	—

akusher-lib.ru

Черезъ сколько времени приступлено къ операціи.	Признаки жизни ребенка.	Исходъ для ребенка.	Согласіе родств. на операцію.	Особыя замѣтки.
1—1½ мин.	Толчкообр. движеніе.	Живой.	—	—
Тотчасъ.	—	Живой.	—	—
5 мин.	—	Живой.	—	—
Тотчасъ.	—	Мертвый.	—	—
Тотчасъ.	—	Мертвый.	—	—
Въ агоніи.	—	Живой.	—	Смерть матери черезъ 6 час. 30 мин.
Тотчасъ.	—	Живой.	—	—
15 мин	—	Живой.	—	—

akusher-lib.ru

АВТОРЪ.	Возрастъ.	Какая берем.	На какомъ мѣс. берем.	Какое заболѣваніе.	Посмертная діагност.
Pingler. M. f. Gynäk. B. 34 p. 251. Уч. Акуш. Шредера II с. 109. 2 случая:					
51)	—	—	—	—	—
52)	—	—	—	—	—
Seuffert. Zentrbl. f. Gynäk 1908 p. 276. 3 случая.					
53)	—	—	—	Туберк. менингитъ.	—
54)	—	—	—	Мозговое кровоизл.	—
55)	—	—	—	Гліосаркома зат. доли	—
Сережниковъ. Жур. Ак. и Ж. б. 1903 с. 1418.					
56)	—	—	—	—	—
Stearns. Ж. Ак. и Ж. б. 1903 с. 1531.					
57)	—	—	IX	Туберкулезъ.	—
Stern. Kaiserschnittander Toten Munch. Med. Wochschr №19 Реф. Jahresber. 1911 г. p. 804.					
58)	41	—	36 нед.	Vitium cordis.	Отекъ легкихъ.
Stratz Zentrbl. f. Gynäk 1909 p. 346.					
59)	40	I	IX	Опухоль въ тазу.	—

akusher-lib.ru

Черезъ сколько времени приступлено къ операціи.	Признаки жизни ребенка.	Исходъ для ребенка.	Согласіе родств. на операцію.	Особыя замѣтки.
15 мин.	—	Живой.	—	Жилъ реб. 32 мин.
23 мин.	—	Живой.	—	—
—	—	Живой.	—	—
—	—	Мертвый.	—	—
—	—	Мертвый.	—	—
—	—	Живой.	—	Ребенокъ жилъ 1 недѣлю.
5 мин.	—	Мертвый.	—	—
Тотчасъ.	—	Живой.	—	—
Тотчасъ.	—	Мертвый.	—	—

akusher-lib.ru

АВТОРЪ.	Возрастъ.	Какая берем.	На какомъ мѣс. берем.	Какое заболѣваніе.	Посмертная діагност.
Судаковъ. Ж. Ак. и Ж. б. 1910 с. 119 и с. 122 2 случ.					
60)	—	—	—	Эклямпсія.	—
61)	19	I	X	Эклямпсія.	—
Falbing N. Fall von Sectio caesarea post mortem mit lebend. Kinde Ref. Iahresbericht 1909 p. 881.					
62)	—	—	—	Туберк. менингитъ.	—
Fehling. Врачеб. Газета 1912 г. стр. 305.					
63)	—	—	—	Опухоль мозга.	—
Hoffmann. Ж. Ак. и Ж. б. 1903 с. 1531.					
64)	36	IV	VIII	Эклямпсія.	—
Chassy. Ж. Ак. и Ж. б. 1903 с. 1531.					
65)	—	III	VIII	Внезапная смерть.	Піэлонефритъ.

akusher-lib.ru

Черезъ сколько времени приступлено къ операціи.	Признаки жизни ребенка.	Исходъ для ребенка.	Согласіе родств. на операцію.	Особыя замѣтки.
3 мин.	—	Мертвые.	—	Двойня.
—	—	Мертвый.	—	Кесарское сѣченіе не сдѣлано.
1 мин.	—	Живой.	—	Агонія матери продолжалась 6 часовъ.
15 мин.	—	Живой.	—	—
10 мин.	—	Живой.	—	—
2—3 мин.	—	Живой.	—	—

akusher-lib.ru

Литература.

Большая часть цитированныхъ въ статьѣ авторовъ съ указаніемъ литературы приведена въ таблицахъ.

1. Браунъ. Руководство къ Акуш.
2. Калмыковъ К. Н. Случ. кес. сѣч. на умер. Врач. Газ. 1912 года стр. 304.
3. Калмыковъ М. А. Два случая кес. сѣч. на умирающихъ. Жур. Акуш. и Ж. б. 1909 г. с. 56 и 57.
4. Крассовскій. Операт. Акуш. 1885 г.
5. Лазаревичъ. Курсъ Акуш. II ч.
6. Муратовъ. Труды IV съѣзда общ. Росс. Акуш. и Гин. въ 1911 г. стр. 119.
7. Побѣдинскій. Кр. Учебникъ Акушерства.
8. Подвысоцкій. Основы Общей и Эксперим. патологіи.
9. Феноменовъ. Операт. Акуш. 1892 г.
10. Schauta. Учебникъ Акуш. 1909 г.
11. Шредеръ. Учебникъ Акуш. 1889 г.

akusher-lib.ru

Къ вопросу о дѣйствіи питуитрина на изолированную матку (предварительное сообщеніе).

П. К. Унтиловъ,

Ассистента Московск. Акушер. Клиники.

Ослабленіе родовой дѣятельности, какъ въ первомъ, такъ и во второмъ періодѣ родовъ съ незапамятныхъ временъ останавливало на себѣ вниманіе акушеровъ.

Если мы имѣемъ возможность съ развитіемъ современнаго оперативнаго акушерства быстро окончить роды при совершенно неподготовленныхъ родовыхъ путяхъ до начала родовой дѣятельности помощью кесарскаго сѣченія, какъ влагалищнаго, такъ и абдоминальнаго, то наоборотъ мы зачастую испытываемъ свое безсиліе при уже начавшихся, но протекающихъ очень медленно или совершенно прекратившихся родахъ.

Эта вялость родовыхъ болей, такъ называемая „atonia uteri“, какъ первичная, такъ и вторичная, причиняетъ не мало мученій не только роженицѣ, но и врачу, испытывающему свою безпомощность подобно „вѣтхозавѣтной бабкѣ“, которая лишь утѣшала Рахиль, погибавшую въ родовыхъ мукахъ.

Предлагалось и предлагается масса, какъ внутреннихъ, такъ и механическихъ средствъ для усиленія родовой дѣятельности. Достаточно только упомянуть о цѣломъ арсеналѣ фармацевтическихъ препаратовъ, предложенныхъ для этой цѣли въ разное время, а именно: Natrium boricum, tinctura cinamomi, digitalis, acidum salicilicum, cannabis indica, hydrastis, viscum album, ipecacuanna, strichninum sulfuricum,—nitricum, radix Gossyphii, ustillago majidis, saccharum album,—lactis, kola и наконецъ, особенно рекомендуемыя въ послѣднее время—pilocarpin, chininum sulfuricm и secale cornutum со всѣми его производными.

Не въ цѣляхъ моего доклада входитъ въ критику всѣхъ этихъ средствъ, скажу только, что ни одно изъ нихъ не удер-

жало за собой репутацію средства, усиливающаго родовую дѣятельность или способнаго таковую вызвать.

Итакъ за отсутствіемъ внутреннихъ—маточныхъ средствъ приходилось прибѣгать къ другимъ способамъ, механически дѣйствующимъ на сокращенія матки, но и эти средства, среди которыхъ метрейризъ является самымъ энергичнымъ, подчасъ оказываются безсильными; мы знаемъ, напримѣръ, что иногда метрейринтеръ не вызываетъ болѣе или менѣе значительнаго раскрытія маточнаго зѣва даже по прошествіи 10—12 часовъ.

Поэтому естественны тотъ интересъ и то увлеченіе, съ которыми отнеслись всѣ современные акушеры къ новому средству—питуитрину, предложенному для усиленія родовой дѣятельности.

Pituitrin, extractum glandulae pituitariae, sive hypophiseos cerebri.—гормонъ задней части придатка мозга, этой маленькой железки, функція которой раньше считалась неизвѣстной, за послѣднія 2—3 года очень часто служитъ предметомъ сообщеній медицинскихъ, повременныхъ изданій.

Питуитринъ начали примѣнять при слабости родовыхъ схватокъ, при послѣродовой агоніи, при абортахъ, для вызыванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, при недѣятельности мочевого пузыря послѣ родовъ, при вялости кишекъ послѣ большихъ операцій. Область примѣненія питуитрина, какъ видно, очень обширная.

Число сообщеній о питуитринѣ доходитъ до 60 съ опубликованіемъ о немъ 1000 случаевъ пишетъ д-ръ Малиновскій въ своей работѣ о питуитринѣ, а Kehrer на съѣздѣ нѣмецкихъ гинекологовъ въ 1911 году заявилъ, что „das beste wegenmittel ist pituitrin“.

Различныя фирмы начали приготовлять препаратъ подъ разными названіями, такъ, напр., Parck Dawjis—Pituitrin; Barrugs Welkome—Vaporol; Roche—Pituglandol, наша русская фирма Пеля—Neurohypophysin. Нѣкоторые изслѣдователи работали съ препаратами собственнаго приготовленія.

Отзывы объ этихъ препаратахъ и вообще о дѣйствіи питуитрина необычайно разнорѣчивы и ничего опредѣленнаго изъ всего опубликованнаго матеріала установить не удается.

Какимъ образомъ дѣйствуетъ ext. hypophysis cerebri на матку—путемъ ли кровеносной системы или нервной системы или наконецъ на саму матку, вызывая ея самостоятельныя,

автоматическія сокращенія?.. Все это вопросы, которыя до сихъ поръ остаются не разрѣшенными.

Если Klots пишетъ, что „Pituitrin ist uterus Gefäss—Herz tonicum“, то этими словами онъ собственно вопросъ о дѣйствіи питуитрина нисколько не выясняетъ.

Съ большимъ интересомъ поэтому мы отнеслись къ предложенію нашего глубокоуважаемаго учителя проф. Н. И. Побѣдинскаго заняться разработкой вопроса о дѣйствіи питуитрина не только клинически, но и экспериментально.

Настоящій докладъ касается только части нашей работы и именно экспериментальной въ видѣ этого небольшого предварительнаго сообщенія.

Зачатки работъ по физіологіи матки мы находимъ у Harvey'я (1617), который наблюдалъ у женщины съ выпавшею маткою роды мертвымъ ребенкомъ; наиболѣе научно обставленныя работы по физіологіи беременной матки мы находимъ у Heller'a, по справедливости считающагося основателемъ физіологіи матки.

Особенно богато работами по затронутому вопросу XIX столѣтіе, когда можно упомянуть о цѣлой серіи лицъ, работавшихъ по физіологіи матки съ придатками и влагалищемъ: Броунъ-Секаръ, Лазаревичъ, Franz, Kilian, Kehrer, Spiegellberg, Frankenhäuser, Oser, Schlesinger, Röhrig, Palm и многіе другіе.

Всѣ перечисленные авторы производили свои наблюденія по большею частью „in situ“ и наблюдали за сокращеніями матки или черезъ брюшные покровы или вскрывая послѣдніе и наблюдая за сокращеніями матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ примѣняли разнаго рода раздражители — механическія, химическія, термическія, электрическія, раздражая саму матку или дѣйствуя черезъ кровеносную или нервную систему центральную и периферическую.

Сокращенія матки иныя уже стали изображать въ видѣ кимографическихъ кривыхъ.

Нѣкоторые авторы примѣняли ,,вырѣзываніе'' матки и наблюдали за ея сокращеніями въ условіяхъ, похожихъ на физіологическое состояніе органа.

Наконецъ, съ развитіемъ метода ,,изолированія'' органовъ и наблюденія за ихъ дѣятельностью въ условіяхъ, близкихъ къ физіологическому ихъ состоянію, этотъ послѣдній методъ

нашелъ себѣ адептовъ среди акушеровъ. Нашъ соотечественникъ академикъ Г. Е. Рейнъ первый работалъ на „изолированной“ маткѣ, примѣняя для питанія ея дефибринированную кровь.

Въ этомъ направленіи очень цѣнны работы Ястребова, Frommel'я и Якуба.

Но особенно важны и строго научно обоснованы работы на изолированной маткѣ Franz'a, нашего соотечественника Курдиновскаго и Kehrer'a (1907 г.). Сущность эсперимментированія на изолированной маткѣ „uberlebende uterus“ состоитъ въ слѣдующемъ:

Животному по вскрытіи брюшной полости вводится канюля въ брюшную аорту ниже отхожденія почечной артеріи послѣ перевязки центральнаго ея конца. Другая канюля такимъ же образомъ вводится въ соотвѣтственную, лежащую рядомъ, вену.

Послѣ этого черезъ артерію пропускается при помощи резиновой трубки изъ сосуда, находящагося на извѣстной высотѣ, подогрѣтый до 37—38° растворъ жидкости Ringer-Lock'a. Составъ этой жидкости слѣдующій: Ag. bidist. 1000, o; $Cacl_2$—0,2 kcl_2—0,2 No Na_2HCO_3—0,2, Nachl—9,0, Sach. uv.—1,0.

Эта жидкость, какъ извѣстно изотонична крови животныхъ и изъ нихъ наиболѣе всѣхъ кроликовъ.

Черезъ резиновую трубку, надѣтую на конюлю, введенную въ вену, жидкость вытекаетъ обратно. Когда въ вытекающей жидкости не будетъ совсѣмъ примѣси крови и матка со всѣми близлежащими органами побѣлѣетъ совершенно, можно приступить къ изоляціи органа. Какъ промывка, такъ и изоляція совершается подъ наркозомъ (эфирнымъ) иначе животное очень безпокоится, мѣшаетъ производству операціи, не говоря уже о безчеловѣчности оперированія безъ наркоза.

Разрѣзавши лонное сочлененіе и удаливши костными ножницами ради большого простора оперированія переднее полукольцо лонныхъ костей, начинаютъ снизу (отъ самаго хвоста) отсепаровывать тупымъ способомъ влагалище, прямую кишку и мочевой пузырь вмѣстѣ.

Всѣ встрѣчающіеся сосуды послѣ перевязки перерѣзаются, главнымъ образомъ крупные (напр. бедренные).

Всѣ неперевязанные сосуды даютъ о себѣ знать въ видѣ струи вытекающей жидкости.

При извѣстномъ навыкѣ число перерѣзанныхъ вѣтвей—сосудовъ можно довести до minimum'a.

Послѣ этого влагалище отдѣляется отъ прямой кишки и тогда уже матка только держится на 2 сосудахъ. На аортальную конюлю надѣвается зажимъ, перерѣзаются послѣднія маленькія вѣточки—артеріальныя и венозныя и матка послѣ этого переносится въ спеціально устроенную камеру, гдѣ опять аортальная конюля при помощи резиновой трубки соединяется съ сосудомъ, наполненнымъ Ringer—Lock'овскою жидкостью, а при помощи венозной конюли жидкость удаляется изъ маточныхъ сосудовъ. Камера, въ которой помѣщается матка, двустѣнная и между ея стѣнками протекаетъ, подогрѣтая до требуемой t-ры, воды, чтобы изолированный органъ находился при извѣстной t-рѣ.

Рядомъ съ сосудомъ, изъ котораго течетъ растворъ Ringer-Lock'a, помѣщается другой сосудъ тоже съ растворомъ Ringer-Lock'a, но къ которому прибавлено испытуемое вещество требуемой крѣпости и при помощи системы крановъ или зажимовъ возможно по желанію пропускать черезъ сосуды матки то растворъ Ringer-Lock'a, то испытуемое вещество въ растворѣ Ringer-Lock'a.

Сокращенія матки передаются на кимографъ при помощи маленькаго резиноваго баллончика, введеннаго въ полость матки, другой конецъ котораго при помощи резиновой трубки сообщается съ чувствительной перепонкой, передающей свои сокращенія кимографу. Весьма возможно, что самъ баллонъ вызываетъ раздраженіе, что и отмѣчено Курдиновскимъ, пользовавшимся этимъ способомъ передачи сокращеній. Kehrer для этой цѣли предложилъ очень тоненькій крючекъ, захватывающій лишь серьозный покровъ матки. Крючекъ при помощи нитки или тонкой струны соединяется съ длиннымъ, чувствительнымъ рычагомъ, передающимъ на кимографъ сокращенія матки. Вращенія послѣдняго должны быть очень медленны, такъ какъ маточныя сокращенія имѣютъ перистальтическій характеръ. Самый удобный для этой цѣли Людвиговскій барабанчикъ-прототипъ кимографовъ, хотя возможно воспользоваться и обыкновенными кимографами. Послѣ всего изложеннаго ясны всѣ преимущества экспериментированія на изолированной маткѣ. Вліяніе нервной и сосудистой системы исключается и послѣ того какъ твердо установлено Курдиновскимъ

и много другими авторами фактъ самостоятельной способности матки къ сокращеніямъ, ея автоматичности, тѣмъ съ большею очевидностью можно убѣдиться въ дѣйствіи того или иного средства на матку, примѣняя его именно на изолированномъ органѣ.

Дѣйствительно техника эксперимента на изолированной маткѣ довольно трудная и требуетъ извѣстной опытности въ особенности при опытахъ на кроликахъ. Здѣсь кстати умѣстно сказать, что матка кролика, какъ существа, живущаго наиболѣе интенсивною половою жизнью, является наиболѣе возбудимою и поэтому она болѣе предпочтительна для опытовъ. Матка же другихъ животныхъ (кошекъ, собакъ) которыя живутъ половою жизнью лишь часть года, менѣе возбудима.

Итакъ, какъ видно, техника значительно усложняется тѣмъ, что приходиться оперировать на кроликахъ, существахъ очень нѣжныхъ, сосуды которыхъ очень тонки, легко ранимы; сами кролики очень чувствительны и къ кровопотери и къ наркозу и отъ того и другого очень часто гибнутъ во время операціи.

Далѣе—образованіе тромбовъ—обстоятельство очень часто встрѣчающееся отъ многихъ причинъ и главнымъ образомъ при несвоевременной изоляціи, когда еще въ сосудахъ матки есть хотя небольшое количество крови.

Наконецъ успѣхъ опыта зависитъ отъ того, насколько меньше остается перерѣзанныхъ, но не перевязанныхъ сосудовъ и такимъ образомъ болѣе совершенное происходитъ протеканіе по сосудамъ матки Ringer-Lock'овской жидкости и питаніе ею матки.

Изолированная при вышеописанныхъ условіяхъ опыта матка можетъ жить и сохранять свою возбудимость по словамъ д-ра Курдиновскаго въ теченіи 36—48 часовъ.

Наши опыты начаты въ лабораторіи Фармакологическаго Института Императорскаго Московскаго Университета подъ руководствомъ и наблюденіемъ проф. С. І. Чирвинскаго, за что считаемъ своимъ пріятнымъ долгомъ выразить ему глубокую благодарность.

Воздерживаясь пока отъ болѣе или менѣе опредѣленныхъ выводовъ, такъ какъ наши изслѣдованія еще не закончены, мы можемъ лишь подѣлиться тѣми немногими данными, которыя намъ уже удалось получить:

1) Изолированная матка кролика способна къ автоматическимъ сокращеніямъ. Эти сокращенія выражаются рядомъ волнъ, имѣющихъ видъ, закругленнаго въ своей верхушкѣ конуса и отдѣленныхъ другъ отъ друга приблизительно равными промежутками покоя.

2) Подъ вліяніемъ питуитрина волны сокращеній выражены рѣзче, а промежутки меньше.

3) Дѣйствіе питуитрина замѣчается уже черезъ 5—10 м. въ зависимости отъ возбудимости матки.

4) Вообще подъ вліяніемъ питуитрина сокращенія не теряютъ своего характера—.

Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ получаются тетаническія схватки „Sturm-wegen“.

5) Какой формы препаратъ лучше дѣйствуетъ на изолированную матку въ настоящее время еще трудно рѣшить. Точно также трудно высказаться относительно крѣпости раствора. Обычно вызываетъ сокращенія растворъ 1:1000,,. Весьма возможно, что и въ болѣе слабыхъ разведеніяхъ тоже получается извѣстный эффектъ.

6) Самымъ подходящимъ объэктомъ для наблюденія служитъ матка кролика, рожавшая, какъ наиболѣе возбудимая и лучше всего недавно родившая (дней 8—10).

7) Матка кролика не рожавшая—дѣвственная очень слабо сокращается.

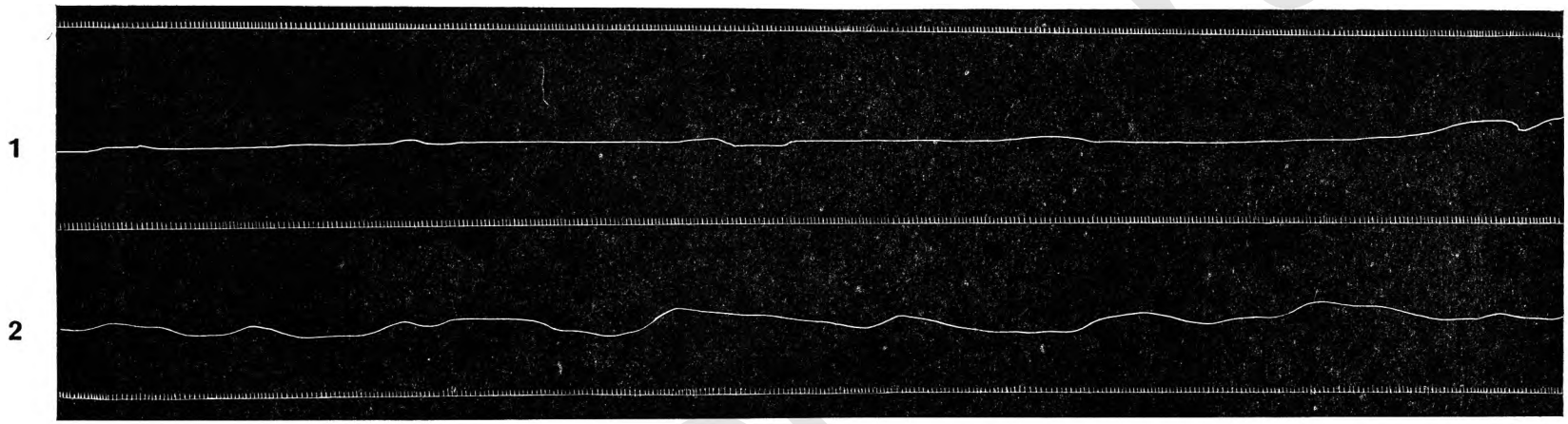
8) Матка беременная для наблюденій не подходяща, такъ какъ движенія плодовъ сами по себѣ вызываютъ сокращенія.

Прилагаемыя кривыя иллюстрируютъ все вышесказанное.

---

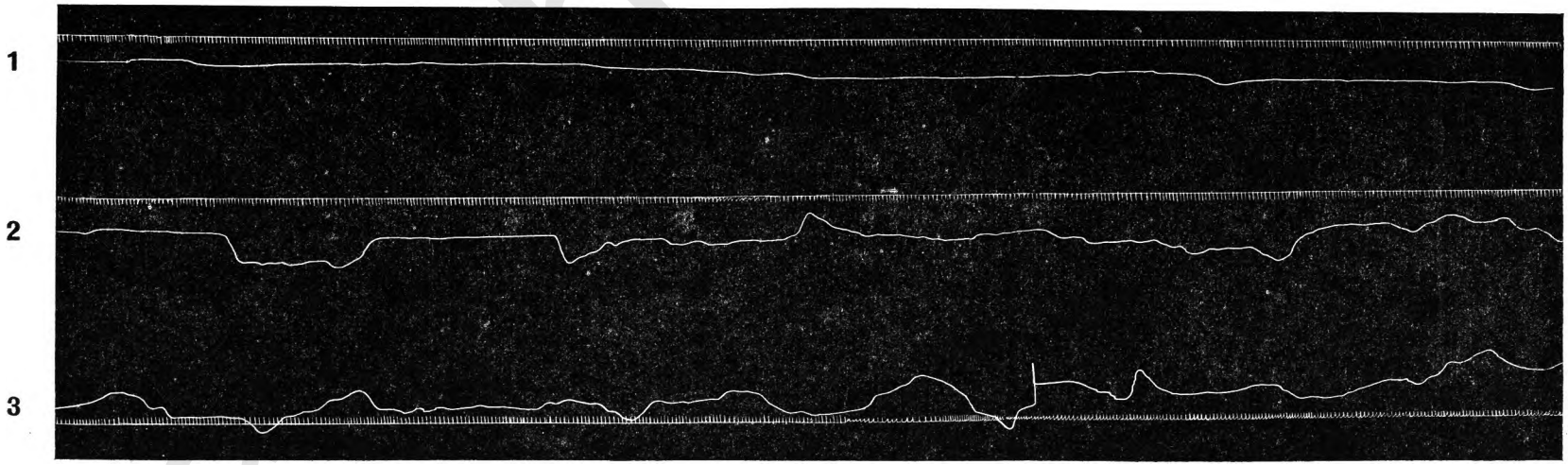
akusherstvo.ru

1) Нормальная кривая сокращеній.



2) Сокращенія послѣ вспрыскиванія Pituitrin'a.

1) Нормальная кривая сокращеній.



2 и 3) Послѣ вспрыскиванія Pituitrin'a.

Литература.

1. Biedl. Innere Secretin 1910.
2. Winckel. Handbuch der Geburtshülfe 2, III.
3. I. Якубъ. Къ вопросу о перистальтическихъ сокращеніяхъ матки. Диссер. М. 1885 г.
4. Писемскій. Къ вопросу объ иннерваціи матки D. Кіевъ. 1894 г.
5. Курдиновскій. Физіологическіе и фармакологическіе опыты на изолированной маткѣ СПБ. Дисс. 1903 года.
6. Kehrer. Physiologische und pharmacologische untersuchungen an der uberlebenden und lebenden innerer Genitalien. 1907. Archiv f. G und G. B 81.
7. —Die wirkung der Hydrastinin und Catarin Präparaten auf Uterus und Blutdrücken. Monat f. G und G. 1907 г.
8. Малиновскій. О вліяніи питуитрина въ сокращеніе матки при родахъ. Р. Вр. 1911 г. № 43.
9. Проф. Побѣдинскій. Краткій учеб. акушерств. Изд. II. Москва.
10. Bumm. Учеб. акушерств. Пер. 5 изд.

akusher.ru

О нѣкоторыхъ головныхъ уродствахъ.

(По поводу 2-хъ случаевъ Cranioschisis: Craniorachischisis и Hemicrania).

С. А. Блинниковъ.

Студ. Мед. фак. Моск. Универ.

Господинъ Галлеръ о таковыхъ говоритъ: „Младенцы, находящіеся во чревѣ матернемъ съ непокрытою головою, будучи рождены въ протчемъ со внутренними головными частями не поврежденными, выключая кожу, какъ скоро головного черепа или наружныхъ головныхъ покрововъ нѣтъ, то таковыя трудно въ число людей поставить можно: они не имѣютъ ни мозга, ни воли и суть настоящія машины, кои не имѣютъ жизненной силы".

Хр. Кнокшитетъ.

„Уродство есть измѣненіе морфологіи, происшедшее во время зародышеваго развитія и такъ рожденное, одного или многихъ органовъ или системъ органовъ или всего организма, которое стоитъ внѣ варіацій животнаго вида".

Er. Schwalbe.

Причины уродствъ до сихъ поръ остаются неизвѣстными, существуютъ только предположенія, въ основу которыхъ положены внѣшніе или внутренніе моменты, мѣшающіе правильному развитію зародыша.

а) Къ числу внѣшнихъ моментовъ мы относимъ:

1) Механическое давленіе — травмы живота беременныхъ, сотрясенія живота и давленіе окружающихъ частей на оплодотворенное яйцо.

Травмы, наносимыя въ раннемъ періодѣ развитія эмбріона, могутъ вызвать уродливое расположеніе зародышевыхъ листковъ, а наносимыя въ болѣе позднее время, вызываютъ выкидыши или преждевременные роды. Но въ судебно-медицинской литературѣ есть случаи, говорящіе что не всегда травмы и сотрясенія живота оказываютъ на зародышъ именно такое вліяніе: иногда не только не происходитъ выкидыша, но рождаются вполнѣ нормальныя дѣти. Такъ было въ случаѣ опи-

akusher-ru.ru

санномъ Brilland-Laujardierl и случаѣ Kashera (указ. въ работѣ Рузскаго).

Давленіе на яйцо со стороны опухолей матки, различныхъ выпотовъ и т. п. вліяетъ на общее строеніе всего организма или его частей. Но опять-таки и это не всегда имѣетъ мѣсто, что и извѣстно изъ акушерской практики.

2) Физико-химическія отклоненія: повышеніе температуры, недостатокъ притекающаго кислорода, яды, измѣненіе осмотическаго давленія и электрическій токъ.

Повышеніе t° у заболѣвшей беременной ведетъ нерѣдко къ выкидышу, что подтверждено Fol и Wawrinski'мъ, относительно лучистаго тепла и что экспериментально установлено Panum, Dareste и др. въ опытахъ съ искусственно высиживаемыми птичьими яйцами, на измѣненіяхъ окраски бабочекъ и уродствахъ щукъ. Но такъ какъ обычно температура человѣческаго тѣла или тѣла позвоночныхъ животныхъ, держится на одной и той же высотѣ, то едва ли можно говорить о вліяніи температуры на развитіе зародыша при прочихъ нормальныхъ условіяхъ.

Недостаточный притокъ кислорода, у птицъ изъ атмосфернаго воздуха (это подтверждено въ опытахъ различныхъ авторовъ съ залакированными яйцами), а у человѣка изъ артеріальной крови, такъ же можетъ вызвать уклоненія въ развитіи плода. У послѣдняго до сихъ поръ не удалось установить уродства отъ указаннаго момента, но выкидыши наблюдались не разъ.

Яды—алкоголизмъ, долгое употребленіе спиртныхъ медикаментовъ, употребленіе хлораль-гидрата, хинина въ большихъ количествахъ и т. п: замедляетъ дѣленіе клѣтокъ зародыша или даже позднѣйшее развитіе эмбріона. Schwalbe принимаетъ это только какъ болѣе или менѣе вѣроятную гипотезу, такъ какъ извѣстно, что у алкоголиковъ не всегда дѣти не нормальны. Hertwig отмѣчаетъ вліяніе или вѣрнѣе связь употребленія тѣхъ или иныхъ ядовъ съ образованіемъ Spina bifida, что подтверждено и въ ниже приведенной исторіи болѣзни г-жи Л.

Измѣненія осмотическаго давленія—какъ показали опыты на яйцахъ низшихъ животныхъ—ведутъ къ образованію уродствъ. Но, указываетъ Schwalbe, при обсужденіи человѣческихъ

средствъ имъ такъ же мало приходится отдать предпочтенія, какъ и при обсужденіи температурныхъ измѣненій.

3) Психическіе моменты: испугъ, нравственныя потрясенія матери: вызывая судорожныя сокращенія матки измѣняютъ циркуляцію крови въ плацентѣ, вліяютъ и на плодъ, вызывая уродства, что подтверждено въ случаяхъ д-ра Рѣзникова, Seeligmann'a, Jole, приведенныхъ ниже.

б) Что касается внутреннихъ моментовъ, то Marchand понимаетъ подъ таковыми тѣ моменты, которые зависятъ отъ собственныхъ качествъ зародышевыхъ листковъ и ихъ заболѣваній и которые могутъ или передаться по наслѣдственности въ дальнѣйшее потомство или сказаться въ образованіи уродства даннаго плода или выразиться позднѣе, во внѣ утробной жизни ребенка.

1) Заболѣванія эти стоятъ въ тѣсной связи съ заболѣваніями самой матери и обусловливаютъ чисто анормальную связь между плодомъ и амніономъ.

Эти измѣненія могутъ случиться во всѣхъ періодахъ эмбріональной жизни и скорѣе онѣ имѣютъ характеръ нарушенія циркуляціи крови, ведущаго къ нарушенію питанія плода, чѣмъ воспалительный.

Съ этими заболѣваніями связаны отеки яйцевыхъ оболочекъ, отеки самого плода, что по Schwalbe ведетъ въ особенности къ измѣненіямъ мозговой трубки и къ образованію различныхъ формъ Spina bifida и Hemicephalii. Случай Pirie подтверждаетъ это.

2) Наслѣдственность и атавизмъ, сказавшіеся въ качествахъ зародышевыхъ листковъ, такъ же имѣютъ свое вліяніе на образованіе уродствъ, что описано Muir'омъ, Meckel'емъ, Henermann'омъ и въ собранныхъ нами случаяхъ приведены случаи д-ровъ Кудиша и Пашкевича подтверждающіе это вліяніе.

Помимо причинъ внѣшнихъ и внутреннихъ, вліяющихъ на развитіе плода, можетъ оказать вліяніе и амніонъ какъ таковой. Амніонъ или плотно прилежитъ въ силу своей узости къ плоду, или даже сростается съ нимъ; какъ то, такъ и другое можетъ быть или по всей поверхности плода или на ограниченныхъ участкахъ.

Помимо же непосредственнаго срощенія амніона съ плодомъ встрѣчаются нити, идущія отъ амніона къ плоду или

видимыя на всемъ своемъ протяженіи или оставшіяся въ видѣ частей прикрѣпленныхъ къ плоду.

Таковы взгляды на причины уродствъ вообще.

Происхожденіе же головныхъ уродствъ съ недостатками костей и кожи, а часто и мозговой субстанціи объясняется происшедшей, подъ вліяніемъ указанныхъ выше общихъ причинъ, Hydrocephali'ей или иной помѣхой къ замыканію медулярной трубки, а такъ же и позвоночнаго столба въ его костныхъ частяхъ.

Къ Hydrocephali'тической теоріи относятся объясненія Morgagni, Förster'a, Marschal Hall'я, Spring'a Meckel'я Otto, а такъ же отчасти Virchow'a и Ahlfeld'a; въ 60-хъ и 70-хъ годахъ прошлаго вѣка ее придерживался и Dareste, склонны къ ней и Правосудъ и Альтшулеръ, какъ указано ниже.

Но такъ какъ зародыши Hydrocephal'овъ, какъ указалъ Dareste, или умираютъ внутри матки или родятся съ ясновыраженной головной водянкой, а не съ расщепившимся отъ водяночнаго давленія пузыремъ, такъ какъ при явленіи Hydrocephalii всегда получается вогнутое основаніе черепа, а не выпуклое какъ при Acrania и т. п., такъ какъ вмѣстѣ съ расщепленіемъ мозга, черепныхъ костей и позвонковъ наблюдаются уродства и другихъ органовъ не объяснимыя Hydrocephali'ей, что часто набдюдающаяся area cerebrovasculosa есть эпидермально-кожистое образованіе, то нельзя Hydrocephali'тическія явленія считать за первичныя явленія уродствъ, а часто это только есть вторичная причина мозговыхъ опухолей.

Dareste и Лебедевъ видятъ главную причину уродствъ въ узости амніона. Онъ, съ одной стороны, плотно облегая головной или поясничный отдѣлъ мозговой трубки, заставляетъ ее, при дальнѣйшемъ ростѣ, ненормально согнуться, а благодаря этому и вытянуться по продольной оси. Это вытяженіе, при наличности кифоза не позволяетъ ей замкнуться въ совершенствѣ и трубка остается открытой. Это положеніе Лебедевъ подтвердилъ опытомъ. Онъ бралъ каучуковую трубку, разрѣзалъ ее по длинѣ и, слегка вытягивая, сгибалъ подъ угломъ и края, хотя трубка и была уже разрѣзана, остававшіеся ранѣе сближенными, теперь расходились и трубка уплощалась. Результаты опыта служатъ ему основаніемъ вышеуказанной теоріи.

Съ другой стороны прилегающій амніонъ можетъ создать препятствіе къ окостѣненію хрящевой основы черепа и позвоночныхъ дугъ или уже сформировавшіеся кости мозговой трубки, находясь подъ постояннымъ давленіемъ амніона, могутъ атрофироваться и разрушиться, оставляя мозгъ плода незакрытымъ. Къ такому же результату приводятъ и срощенія амніона съ головнымъ или поясничнымъ концами плода.

За первую часть (ненормальное сгибаніе и вытягиваніе) этой теоріи высказались Perls, Marchand, Duval; за вторую (прилежаніе и срощеніе) — G. st. Hilaire, Cruvielhier, Virchow, Iensen, Marschand, Ahlfeld, а позднѣе Winckel.

Какъ первой такъ и второй группой авторовъ было описано много примѣровъ, подтверждающихъ ихъ взгляды. Изъ русскихъ авторовъ приведенныхъ нами, Ростковскій описалъ случай, гдѣ наблюдались нити отъ срощеній, Певзнеръ—описалъ случай прирощенія амніона къ головѣ, Лутохинъ — срощеніе съ амніономъ.

Но Schwalbe пишетъ; „хорошо дѣлаютъ, что предположеніе объ амніотическихъ срощеніяхъ принимаютъ только въ тѣхъ случаяхъ гдѣ нити ясно сохранены и уже рябая верхушка Spina difida сюда не подходитъ“. И дальше: „Противъ общепринятаго объясненія, говоритъ то, что наши уродства все же типичны, если не однородны и имѣютъ ясно выраженную срединную линію, между тѣмъ какъ амніотическія нити лежатъ скорѣе случайно“.

Вообще по поводу этихъ вышеперечисленныхъ теорій онъ говоритъ: „приведенными попытками объясненій происхожденія уродствъ хотятъ свести самыя разнообразныя причины къ одному механическому моменту, но этого не возможно достичь для всѣхъ вообще случаевъ, а особенно этому противорѣчатъ имѣющіяся на лицо богатыя комбинаціи уродства медулярной трубки съ таковыми же совсѣмъ другихъ и отдаленныхъ органовъ“.

Въ новѣйшее время ищутъ причинъ недостатковъ образованія въ самомъ зародышѣ. Взгляды на происхожденіе уродствъ Meckel'я и Є.-St. Hilaire съ одной стороны и Baer'a, Bischoff'a к Jacoby съ другой обладаютъ извѣстнымъ сродствомъ. Первые говорятъ объ остановкѣ образованія спинного мозга, а вторые кладутъ въ основу первичную недостаточность образовательнаго матеріала.

Ranke думаетъ, что отщепленіе медулярной трубки отъ роговой пластинки при ея опусканіи внутрь, останавливается и между ними залегаетъ нѣкоторая связь мѣшающая полному сформированію ея. При нѣкоторыхъ условіяхъ эта связь не видна или даже совершенно отсутствуетъ и тогда уже, конечно, приходится допускать какой либо иной моментъ въ родѣ прилеганія или срощенія амніона.

Ricklingausen думаетъ что при задержкѣ билатеральнаго срединнаго сліянія, Rachischisis и Myelomeningocele происходятъ въ рѣдкихъ случаяхъ отъ расщепленія остистыхъ отростковъ, а въ болѣе частыхъ — всей медулярной трубки вмѣстѣ съ кожей. Причиной, обусловливающей эти уродства, онъ считаетъ короткость, недостаточность, неполноту, клиновидность тѣлъ позвонковъ и соотвѣтствующій дефектъ ихъ дугъ.

Schwalbe же говоритъ что мнѣніе Rincklingausen'a о первичномъ пораженіи мезодермы не можетъ считаться твердо установленнымъ, а надо искать первичнаго момента для происхожденія уродствъ въ развитіи медулярной трубки, а дефекты костей мускуловъ и кожи надо разсматривать какъ вторичное явленіе.

Это положеніе высказанное Schwalbe подтверждается опытамъ изложенными выше, а такъ же произведенными и въ новѣйшее время O. Hertwig'омъ Kollman'омъ, Luksch'омъ, Küstner'омъ, Gurwitsch'емъ, O. Schultze, Митрофановымъ и Шимкевичемъ.

Ознакомившись съ теоріями образованія уродствъ вообще и съ недостаточностью головного конца въ частности и оставляя собственные выводы изъ нихъ до соотвѣтствующихъ отдѣловъ нашей работы, мы переходимъ къ другому вопросу, по нашему мнѣнію не менѣе важному, именно къ вопросу о частотѣ рожденія черепныхъ уродовъ.

Знакомясь со статистикой по затронутому нами вопросу, и зная, что случаи черепныхъ уродствъ довольно рѣдки, мы постарались установить на основаніи данныхъ доступной намъ русской литературы какъ часто они встрѣчаются въ отношеніи къ тому или иному числу родовъ вообще и къ числу уродствъ въ частности.

Въ отчетахъ различныхъ родовспомогательныхъ учрежденій мы нашли 10 работъ гдѣ было указано число родовъ общее количество уродствъ и число отдѣльныхъ формъ ихъ. Изъ

этихъ данныхъ мы и составили ниже приведенную таблицу на 196.400 родовъ при 562 случаяхъ уродствъ, что составляетъ по отношенію къ общему числу родовъ 0,28%, среди нихъ было указано 121 случай Acrania, Hemicrania Hydrocephalia, Anencephalia и Cranioschisis'a, что составляетъ 0,07% по отношенію ко всему числу родовъ и 23,3% къ общему указанному числу уродствъ.

Изъ указанныхъ отчетовъ мы брали эти уродства потому что, какъ видно это изъ заголовковъ статей нѣкоторыхъ авторовъ, указанныя формы уродствъ не всегда строго различаются да и классификаціи Marschand'a и Ziegler'a смѣшиваютъ ихъ. Hydrocephalia нами прибавлена потому что этотъ типъ уродства при условіи разрыва водяночнаго пузыря внутри родовыхъ путей не будучи распознанъ заранѣе, даетъ полную возможность смѣшать его съ прочими уродствами головы.

Разсматривая данную таблицу видимъ, что общее число уродствъ выражается въ десятыхъ доляхъ %, далеко не доходя до 1%, что далеко отступаетъ отъ цифръ приведенныхъ въ книгѣ Schwalbe по иностраннымъ авторамъ, гдѣ даны слѣдующія цифры: по Chonsier—отношеніе уродовъ къ нормальнымъ равно 1:169 или 0,6%, по Puech—1:111 или 0,9% или 0,9% по Winckel 1:64 или 1,5% по его же цифрамъ изъ Мюнхена 1:32 или 2,8%. Частота же перечисленныхъ уродствъ по той же таблицѣ выражается уже въ 100-хъ доляхъ процента и что особенно интересно, такъ это то, что отношеніе перечисленныхъ уродствъ къ общему числу уродствъ достигаетъ 23,3% т. е. приблизительно ¼ всѣхъ уродствъ приходится на уродства съ нарушеніемъ цѣлости черепа и мозга. А вѣдь это только малая доля пораженій центральной нервной системы и плодовъ, причемъ та доля которая не доступна почти никакой хирурго-терапевтической помощи.

Въ доступной намъ русской литературѣ мы нашли только 1 трудъ,— книга подъ ред. проф. Отта: „4 года клинической жизни,“ — гдѣ даны отношенія уродливыхъ плодовъ не замужнихъ (9) къ такимъ же плодамъ замужнихъ (35), что составляетъ отношеніе 1:3,9, при отношеніи роженицъ не замужнихъ къ замужнимъ 1:3,91. Съ означеніемъ половъ въ указанной книгѣ зарегистровано 8,702 плода при отношеніи уродовъ мальчиковъ (34) къ общему числу мальчиковъ (4,502) или 0,74%; уродовъ—дѣвочекъ (10) къ общему числу дѣвочекъ (4.110) или

ФАМИЛИИ АВТОРОВЪ.	Общее число плодовъ.	Общее число уродствъ.	% къ числу плодовъ.	Acrania Haemicrania Hydracephalia, Anencephalia et craniorachischisis.	Общ. число.	% ко всѣмъ плодамъ.	% къ общ. чис. уродовъ.
Д-ръ Массенъ.	1921	6	0,31	Haemicephalus 1.	1	0,05	16,6
„ Бржезинскій.	1056	5	0,46	Haemicephalus 1. Acrania. 1.	2	0,19	20,0
„ Утробинъ.	1000	7	0,7	Hydrocephalus 2.	2	0,20	28,56
„ Семенниковъ.	1490	15	1,0	Anencephal. 2. Hydrocephal. 1.	3	0,20	20,0
„ Потѣенко.	1140	1	0,09	Haemicephalus 1.	1	0,09	—
„ Кривскій.	18.928	46	0,24	Haemicephalus 3	3	0,02	6,5
„ Столыпинскій.	12.438	153	1,23	Hydracephal. 6. Hemiceph. 1.	7	0,06	4,5
„ Кривскій.	19.426	83	0,43	Hydrocephal. 10. Haemiceph. 4.	14	0,07	16,6
„ Ивановъ.	131.523	202	0,15	Hydrocephal. 45. Haemiceph. 47.	92	0,07	45,5
Проф. Оттъ.	8.714	44	0,5	Hydroceph. 4. Haemiceph. 1. Cr-rach. 1.	6	0,07	13,6
	196.400	562	0,28%		131	0,07	23,3

akusher-lib.ru

0,24%. Отношеніе въ срокъ рожденныхъ уродливыхъ плодовъ (33) (къ общему числу срочно-рожденныхъ (7904) или 0,43%) къ преждевременнымъ (11) (къ общему числу преждевременныхъ (169) или 1,43%) составляетъ 1,43%,

По заграничнымъ статистикамъ отношеніе уродовъ къ нормальнымъ плодамъ 1:592 и среди незаконнорожденныхъ 1:34. (Цифры Puech'a по Schwalbe). Что такъ же не соотвѣтствуетъ нашимъ цифрамъ.

Если статистика данныхъ уродствъ, приведенная нами, не даетъ большихъ цифръ для безспорнаго выясненія частоты рожденія ихъ, то казуистическая литература и еще того бѣднѣе: для того чтобы собрать ниже приведенные 28 случаевъ описанія черепныхъ уродовъ намъ пришлось просмотрѣть 3 нѣмецкихъ журнала, разрабатывающихъ вопросы акушерства, за 20 лѣтъ каждый и русскій „Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней“ съ момента выхода его первой книги. И въ этой громадной по объему литературѣ мы нашли слѣдующія данныя (помѣчая только типъ того или иного уродства, мы старались, главнымъ образомъ, выяснить его этіологію):

1) Pirie—указываетъ на 2 случая Acrania и замѣчаетъ, что они ему встрѣтились въ одномъ и томъ же мѣстѣ въ одно и тоже время; при чемъ ихъ матери страдали въ сильной степени выраженной опухолью зобной железы. Повидимому онъ это заболѣваніе готовъ поставить въ связь съ рожденіемъ уродовъ.

2) Yule,—описывая урода Acrania указываетъ, что роженица во время беременности, въ первой ея половинѣ, была сильно испугана, что и ставитъ этіологическимъ моментомъ уродства. Здѣсь же онъ отмѣчаетъ, что былъ произведенъ поворотъ на ножку.

3) Seeligmann,—демонстрируя урода Anencephola, говоритъ, что мать въ началѣ беременности увидѣла жабу и сильно испугалась—этому моменту авторъ и приписываетъ этіологическое значеніе въ образованіи даннаго уродства.

4) Boardo,—при описаніи случая плотнаго срощенія амніона съ черепной крышей, указываетъ, что срощеніе было настолько плотно, что отдѣлить не удалось. Но послѣ было установлено отсутствіе черепныхъ костей. Это срощеніе онъ считаетъ этіологическимъ моментомъ уродства.

akusherlib.ru

5) Jolly продемонстрировалъ урода Anencephala съ расщепленіемъ твердаго неба и зачатками хвоста.

6) Кнакштетъ —Авторъ въ 1791 году описалъ случай Anencephalii, привелъ протоколъ его вскрытія и приложилъ соотвѣтствующіе рисунки.

7) Рузскій — изъ 3-хъ имъ описанныхъ случаевъ только 1 Anencephalus. Авторъ приводитъ выдержки изъ классификаціи и говоритъ объ этіологіи уродствъ вообще.

8) Пашкевичъ—показалъ мертворожденнаго урода: Herniacerebri врощенная, зачаточное состояніе теменныхъ костей, раздвоеніе затылочной кости, мягкаго неба и языка, медвѣжьи ноги и по 6 пальцевъ на рукахъ и ногахъ. У матери большой палецъ на правой рукѣ тоже раздвоенъ.

9) Кривскій показалъ урода съ недостаточностью костей головы, покрытыхъ водной оболочкой.

10) Утробинъ—уродъ родился мертвымъ съ полнымъ отсутствіемъ костей черепного свода. Позвоночникъ расщепленъ до самаго крестца.

11) Правосудъ—описывая два случая Hemicephalii, приводитъ литературныя данныя ихъ этіологіи и склоняется къ Hydrocephali'тической теоріи.

12) Ростковскій— показалъ урода Hemicephala съ волчьей пастью и другими уродливостями.

13) Массенъ—описалъ урода Hemicephala, рожденнаго живымъ: 1-я дѣвочка изъ двоенъ.

14) Певзнеръ—описалъ случай Hemicephalii съ прирощеніемъ амніона къ корню носа, къ верхней губѣ и переходящимъ на черепъ. Какъ этіологическій моментъ, приводитъ: „полную болѣзненную наслѣдственность“, такъ какъ другіе совершенно отсутствуютъ.

15) Кудишъ—изъ двухъ описанныхъ авторомъ случаевъ уродствъ одинъ Hemicephalus. Изъ наслѣдственности 7-ми лѣтній сынъ страдаетъ идіотизмомъ, мужъ роженицы умеръ при явленіяхъ страданій головного мозга. Хотя авторъ и не говоритъ, но, повидимому, здѣсь въ основѣ лежитъ вообще аномалія центрально-нервнаго аппарата, такъ какъ и у мужа это есть locusminores risistentiae.

16) Лустверкъ—приводитъ описаніе Hemicephalus'а съ добавленіемъ различныхъ другихъ уродливостей. Этіологія не указана, хотя и приведена исторія болѣзни.

17) Королевъ — отсутствуютъ темянныя, лобныя кости и твердая мозговая оболочка. Ребенокъ жилъ 2 дня. Мать въ 1-й половинѣ беременности видѣла во время погрома раненаго съ окровавленной головой и вытаращенными глазами — авторъ ставитъ это этіологическимъ моментомъ.

18) Рѣзниковъ—изъ сросшихся двоенъ одинъ Hemicephalus, другой имѣетъ Hernia cerebri. Этіологическимъ моментомъ считаетъ нравственныя потрясенія во время беременности.

19) Альтшулеръ. — У плода только лицевыя кости, свода нѣтъ, его замѣняетъ фиброзная пластинка. Подъ ней небольшое количество серозной жидкости и полное отсутствіе мозгового вещества.

20) Звинятскій. — Diprosopus sycephalus. Hemicephalus, triophtalmus, torocopagus, tetrabrachius. Изъ наслѣдственности: дѣти всѣ живы и уродствъ не наблюдается, таковыхъ нѣтъ и во всей семьѣ.

21) Лутохинъ — описалъ и продемонстрировалъ урода съ недостаточностью черепного свода, покрытаго красноватой кожей съ волосами, мѣшкомъ съ мозговой массой, свѣшивающимся надъ областью переносья и глазницъ. При осмотрѣ ротовой полости отмѣчено: расщепленіе верхней губы и около canalis incecis грыжевой мѣшокъ, идущій черезъ canal. craniopharingeus и прирощенный къ твердому небу. Расщеплена также и брюшная стѣнка съ выпаденіемъ сердца, тонкихъ кишекъ и печени. Авторъ большое значеніе въ генитическомъ отношеніи приписываетъ срощеніямъ амніона съ плодомъ въ области головы и туловища.

22) Въ Императ. Клинич. Повивально-Геникологическомъ Институтѣ встрѣтились среди прочихъ уродствъ 7 случаевъ съ пораженіемъ головного мозга:

3 случ. Hydrocephalus; 1 случ. Craniorachischisis; 1 случ. Hemicephalia; 1 случ. Hernia cervicalis; 1 случ. Hydrocephalus.

Къ выше перечисленнымъ 28 случаямъ, найденнымъ нами въ литературѣ, имѣемъ возможность прибавить еще 2 нами описываемыхъ съ приведеніемъ исторій болѣзни ихъ матерей.

Первый — Craniorachischisis, намъ встрѣтился въ фабричной больницѣ села Н.-Гольчиха, Кинешемскаго уѣзда, Костромской губ.

Второй—Hemicephalus, любезно представленъ намъ д-ромъ Н. Ар. Цовьяновымъ.

I. Г-жа Л. 26 лѣтъ. Замужняя. Ткачиха VI раґа. Дѣтскихъ болѣзней не помнитъ. Первыя менструаціи пришли 13-ти лѣтъ. Замужъ вышла 19 лѣтъ. Крови, какъ до замужества, такъ и послѣ, шли нормально по 5 дней черезъ 3 недѣли, не отличаясь, ни качествомъ, ни количествомъ. Никогда не изнуряли, всегда безъ болей. Бѣлей не было. Мужъ 28 лѣтъ ткачъ. Раньше пилъ много, но послѣдніе $1^1/_2$ года не пьетъ совершенно. Какъ мужъ, такъ и больная совершенно здоровы. Lues и гоноррею совершенно отрицаютъ.

1-я беременность на 20 году кончилась выкидышемъ на 20 недѣлѣ. Передъ родами хворала „горячкой“ и послѣ нея вскорѣ выкинула.

2-я беременность на 21 году, родился мальчикъ.

3-я беременность на 23 году, родился тоже мальчикъ.

Обоихъ кормила сама, оба здоровы и уродливостей не отмѣчено.

4-я беременность 24 лѣтъ, родилась дѣвочка, жива и здорова до сихъ поръ. Не кормила, такъ какъ страдала грудницей.

5-я беременность 25 лѣтъ, дѣвочка—жила только 2 недѣли. Была не доношена. Изъ-за опасенія, что разовьется горбикъ въ области поясницы, былъ приглашенъ врачъ, со словъ котораго мы записали то, что онъ нашелъ при осмотрѣ ребенка: „ребенокъ недоношенъ болѣе мѣсяца; въ области поясницы припухлость и отсутствіе на ней (припухлости) кожи; дефектъ величиной въ мѣдную пятикопѣечную монету. Вмѣсто кожи имѣется тонкая пленка, она прорвана и изъ нея вытекаетъ кровянистая жидкость“.

Изъ дальнѣйшихъ разспросовъ у больной выяснилось, что больная мѣсяца за $1—1^1/_2$ до этихъ родовъ 2 раза упала плашмя на спину съ высоты около 2 аршинъ. Въ данномъ случаѣ можно предполагать наличность Spina bifida.

6-я беременность 26 лѣтъ, дѣвочка мертворожденная. Послѣднія крови въ маѣ 1912 года. Работала, но послѣ 5-й беременности была осторожна въ движеніяхъ — остерегалась.

Въ декабрѣ 1912 года почувствовала боль внизу живота, болѣла и спина въ поясницѣ. По совѣту акушерки животъ подвязала, такъ какъ онъ былъ очень большой и отвислый, боли прошли.

Съ половины декабря 1912 года не ощущала шевеленья плода.

31/XII 1912 года. Прошли первыя воды.

1/I 1913 года. Прошли еще воды и кровь. Воды, по словамъ больной, были чисты.

1/I 1913 года. Въ 5 часовъ утра была вызвана акушерка, констатировавшая сильное кровотеченіе и предложившая больную отвезти въ больницу, гдѣ было сдѣлано наружное и внутреннее изслѣдованіе. Размѣры таза нормальны. Сердцебіенія не слышно. Полное открытіе шейки; прилежатъ ягодицы. Вслѣдствіе кровотеченія было сдѣлано извлеченіе за ножку. Послѣдъ вышелъ самостоятельно черезъ 20 минутъ.

Лохіи за время лежанья въ больницѣ немного окрашены, по количеству не обильны, безъ запаха.

Температура:

2/I	(послѣ	извлеченія)	37,5	вечеромъ	37,0
3/I	„	„	36,5	„	37,2
4/I	„	„	36,4	„	37,0
5/I	„	„	36,8	„	36,9
6/I	„	„	36,5	„	—

Матка плотна и на $3^1/_2$ пальца ниже пупка. Больная къ вечеру выписалась, какъ это обычно дѣлается въ данной больницѣ. Самочувствіе хорошее. Болей нигдѣ нѣтъ.

Описаніе плода: дѣвочка, вѣсъ 971,0.

Длина туловища отъ Glabella (самая высшая точка головы) до пяточной кости 36 ст. Окружность въ плечикахъ 26,5 ст. Наружный осмотръ: всѣ части тѣла ясно выражены. Руки, ноги, плечи и тазъ развиты нормально.

Видъ спереди: шея выражена слабо; подбородокъ вдался вглубь складки, образовавшейся спереди на шеѣ. Голова сильно запрокинута назадъ, такъ что за высшую точку ея приходится принять Glabella, нѣсколько наклонена влѣво. Развита нормально повидимому только os. frontalis.

Лицо: ротъ открытъ, круглой формы, языкъ не выступаетъ. Носъ сильно приплюснутъ въ его мягкихъ частяхъ. Вѣки глазъ сближены, отечны; при раздвиганіи ихъ видно, что глазныя яблоки развиты; глаза вообще выпячены. Ушныя раковины развиты нормально, но упираются въ плечики и сильно прижаты къ головѣ.

Наружные половые органы и anus развиты нормально.

Видъ сзади: Шея не выражена. Голова какъ бы прямо переходитъ въ поверхность спины.

Видъ урода сзади.
a — отверстіе въ головной мозгъ.

Въ разстояніи 3 ст. отъ Glabella по длинѣ туловища находится почти круглый дефектъ кожи и костей, захватывающій какъ кости черепа, такъ и часть позвонковъ. По нижней части дефекта и съ боковъ его кожа покрыта волосами. Черезъ кожный и костяной дефектъ выдается мозгъ. Въ нижней части отверстія мозгъ отошелъ отъ наружныхъ покрововъ. Въ лѣвомъ верхнемъ секторѣ мозга видно отверстіе, проникающее вглубь мозга на 2,5 mm.

2. Г-жа Г. Крестьянка, горничная, 20 лѣтъ.

1-я беременность.

Было констатировано кровотеченіе. T° 37,9. Воды цѣлы.

Первыя схватки 5/III, въ 6 час. вечера.

Родила 6/III, въ 5 час. 20 мин. утра.

akusher-kp.ru

Предлежали мелкія части.

Воды съ запахомъ. Родился мальчикъ. Дышалъ. Вскорѣ померъ. Послѣдъ вышелъ нормально.

Послѣродовой періодъ уклоненій отъ нормы не имѣлъ.

Описаніе урода: Вѣсъ 900,0. Длина тѣла отъ высшей точки головы до пяточной кости 24,5 ст. Голова сверху 6×5,5 ст.: отъ подбородка до Glabella 5 ст.

Окружность плечиковъ 24,5 ст. Все тѣло покрыто волосами. Penis и anus нормальны.

Всѣ части тѣла, исключая голову, ясно выражены и развиты нормально.

Шея ясно выражена. Ногти на рукахъ и ногахъ выражены слабо.

Лицо: ротъ приоткрытъ; носъ въ мягкихъ частяхъ приплюснутъ. Глаза выпячены, вѣки сближены, при раздвиганіи ихъ видно, что глазныя яблоки развиты нормально. Уши нормальны. Верхъ черепа лишенъ кожи и костей; дефектъ 5,5×4 ст.

Отсутствуютъ: почти вся os. frontolis, сохранилась только часть, ближайшая къ глазамъ, обѣ os. parital и почти нацѣло os. temporal.

Черезъ дефектъ видны мозговыя оболочки, покрывающія остатки мозга.

Въ передней половинѣ дефекта выдаются 2 бугра: на лѣвомъ изъ нихъ видѣнъ выростъ мозговой субстанціи въ видѣ бородавки; почти такой же, но гораздо большій выростъ видѣнъ и въ передней части передней половины дефекта, влѣво отъ его средней линіи.

Разсматривая наиболѣе употребительныя въ русской литературѣ классификаціи человѣческихъ уродствъ, именно классификаціи Marschand'a и Ziegler'a, мы видимъ, что оба автора разсматриваютъ и наши уродства.

Ziegler относитъ ихъ къ обширному отдѣлу Acrania, куда входятъ Hemicephalia и Cranioschisis и говоритъ, что для нихъ характерно отсутствіе кожнаго и костяного покрововъ головы, при этомъ часто отсутствуетъ и мозгъ (anencephalia), лицо же принимаетъ форму жабьей головы.

Если же къ этому дефекту присоединяется недостаточное развитіе дугъ позвонковъ, такъ что головной, а вмѣстѣ съ нимъ и спинной мозгъ въ своихъ верхнихъ частяхъ являются открытыми, то уродство носитъ названіе Craniorachicshisis.

Hernia cerebri и Spina bifida по этому автору составляютъ другую вполнѣ самостоятельную группу. При чемъ здѣсь, исходя изъ водянки, есть всегда полость и если она наполнена только водяночной жидкостью, то имѣется Meningocele; если же она содержитъ и мозговую массу—то Encephalocele; если же то и другое вмѣстѣ, то Hydroencephalocele.

Этіологія данныхъ уродствъ—водянка или давленіе на черепъ извнѣ; по Perls'у давитъ амніонъ въ силу его малаго развитія.

Marschand же относитъ ихъ къ обширной группѣ Granioschisis, куда входятъ Anencephalia, Acrania и Hemicephalia. Всѣ эти формы онъ разсматриваетъ, какъ результатъ остановки развитія головы съ преобладаніемъ образованія дефектовъ. Сюда же относятся: Encephalocele, состоящее въ ограниченномъ дефектѣ черепа, преимущественно задней его части, рѣже основанія лобной кости и боковыхъ сторонъ, съ выступленіемъ наружу, черезъ дефектъ костей частей мозга или его оболочекъ; Hydrocephalie—если имѣемъ скопленіе жидкости въ переднемъ отдѣлѣ мозговой трубки. Этотъ авторъ только виды Spina bifida относитъ въ самостоятельную группу.

Kaufmann даетъ такое опредѣленіе данныхъ уродствъ: Anencephalia—есть незамкнутіе медулярной трубки, при чемъ мозговая субстанція или совершенно отсутствуетъ, или является въ видѣ небольшого остатка.

Полная Anencephalia часто связана съ полнымъ Cranioschisis'омъ — отсутствуетъ вся черепная крыша или имѣются только ея остатки; часть затылочной чешуи съ foramen magnum os. occipitis.

Если же ненормально согнутое основаніе черепа покрыто вмѣсто остатковъ мозговой субстанціи узловатымъ красноватымъ валикомъ, состоящимъ изъ соединительной ткани, кровеносныхъ сосудовъ и случайныхъ слѣдовъ мозговой субстанціи, такъ называемой area cerebro-vasculosa, то имѣемъ acrania съ Exencephalia.

Если же расщепленіе захватываетъ и позвонки, то имѣемъ Craniochischisis.

На основаніи всего вышесказаннаго о классификаціи уродствъ, мы и нами описанныя уродства, согласно классификаціи Marschand'a, относимъ:

1-го—къ смѣшанной формѣ Craniorachischisis, обширной группы Cranioschisis и

2-го—къ этой же группѣ, но къ другой формѣ, именно—Hemierania или Hemicephalia.

Здѣсь не можетъ быть рѣчи объ Anencephalia или Hernia cerebri, ибо во-первыхъ мы имѣемъ ясно выраженные остатки мозга, а во-вторыхъ и дефекты костей не соотвѣтствуютъ тѣмъ, какіе обычно встрѣчаются при Hernia cerebri.

Разсматривая исторію болѣзни 1-й родильницы, г-жи Л., мы безъ труда установимъ вліяніе наслѣдственности на происхожденіе описаннаго уродства (5-я дѣвочка имѣла Spina bifida), отягощенной алкоголизмомъ отца. Какъ генезисъ даннаго уродства можно, по нашему мнѣнію, принять явленіе Hidrocephalii, подтверждающееся наличностью канала, идущаго въ глубь мозговой субстанціи и складками на открытой мозговой поверхности. Видъ этихъ складокъ никакъ не можетъ быть принятъ за нормальный видъ мозговыхъ субстанцій того или иного отдѣла мозга.

Разсматривая же исторію болѣзни 2-й родильницы, г-жи Г., мы не находимъ никакой возможности для установленія этіологіи даннаго урода, но какъ генитическій факторъ, можемъ принять давленіе амніона на головной конецъ плода, ибо другого момента здѣсь, по самой картинѣ уродства, подобрать невозможно.

Согласно съ мнѣніемъ Schwalbe, здѣсь въ обоихъ случаяхъ совершенно не можетъ быть рѣчи о какихъ-либо сроще́ніяхъ плода съ амніономъ.

Описаніе данныхъ уродствъ имѣетъ кромѣ чисто умозрительнаго, также и практическій интересъ, такъ какъ акушеръ не можетъ не интересоваться тѣми условіями жизни плода и матери, при которыхъ зачинается и развивается тотъ или иной уродъ. Да кромѣ того и цѣль практическаго акушерства (Geburtshielfe — какъ говорятъ нѣмцы) является помощь, въ смыслѣ благополучнаго исхода родового акта и сохраненія жизни матери и плода.

И для того, чтобы при отсутствіи нормальной головки, какъ органа, способствующаго расширенію шейки беременной матки, при головномъ предлежаніи, избѣжать быстраго раскрытія ея подъ вліяніемъ клиноподобной головы и разрыва ея подъ напоромъ хорошо, и даже сильно, развитыхъ плечиковъ надо заранѣе діагносцировать уродство, дабы своевременно принять соотвѣтствующія мѣры.

akushlib.ru

Діагнозъ важенъ въ практическомъ отношеніи, говоритъ Правосудъ и указываетъ, что въ одномъ случаѣ Ahlfeld распозналъ уродство, подобное Hemicephalia по отсутствію черепной крыши, при наружномъ изслѣдованіи. Pinzani діагносцировалъ за 4 дня до родовъ при цѣлыхъ водахъ, надавливая пальцемъ при головномъ предлежаніи на основаніе черепа и вызывая, благодаря этому, конвульсивныя движенія плода.

Morisani — цитир. по Хажинскому — указалъ на возможность діагносцировать эти уродства при внутреннемъ изслѣдованіи, давя изслѣдующимъ пальцемъ на головные остатки, тогда прощупываются костные острые края черепа, остатки мозговыхъ массъ, а иногда и Sella turcica. При наружномъ изслѣдованіи были отмѣчены сильныя движенія плода и, въ то же время, беременная испытывала сильную боль, происходившую, повидимому, отъ того, что острые костяные края черепа упирались въ мягкія стѣнки матки.

О Hydrocephalii да и о уродствахъ, подобныхъ нами описаннымъ, Charles говоритъ, что всѣ наружные признаки могутъ быть ошибочны и только внутренное двухпальцевое, а иногда и полной рукой произведенное изслѣдованіе, даетъ возможность поставить точный діагнозъ.

Вполнѣ понятно, какое препятствіе для родоразрѣшенія можетъ представить изъ себя сильно выраженная Hydrocephalia.

Olhausen (цитир. по Hummerschlag'у) прибавилъ къ симптомамъ Hydrocephalii еще одинъ: очень широкіе швы черепа.

Все вышесказанное относится къ сохранію здоровья матери.

Что же касается рожденій плода, то можно указать, что Hydrocephal'ы, а также Hemicephal'ы нерѣдко рождаются живыми. Такъ въ случаяхъ: Tomkins'a Hemicephalus жилъ 30 часовъ, Küstner'a—нѣсколько дней, Angell'a—8 дней (по Правосуду). Случаи живыхъ Hydrocephal'овъ приведены и въ книгѣ, вышедшей подъ редакціей проф. Оттъ.

Hydrocephal'ы	№ 1—живъ. № 2—умеръ на 11 день отъ прогрессирующей лихорадки. № 3—умеръ на 2 день отъ отека легкихъ.
Craniorachischisis	№ 4—здоровъ (см. на стран. 24 нашей работы).

А если родятся живыми, то надо постараться, вообще говоря, сохранить эту жизнь.

Но это удается только въ нѣкоторыхъ случаяхъ Hydrocephalii и Encephacele occipitalis.

При Hydrocephalii часто приходится перфорировать или предлежащую, или послѣдующую головку для окончанія родовъ.

Что касается послѣдующаго лѣченія, то Lindfors еще въ доантисептическое время имѣлъ 30 случаевъ оперированныхъ новорожденныхъ; при чемъ все дѣло ограничивалось только пункціей съ вливаніемъ іодной эмульсіи или безъ нея.

Позднѣе стали дѣлать Excisii.

Schatz указалъ, что % первичной смертности послѣ операціи = 60, но и не умирающіе плохо выживали, быстро погибая отъ возобновившейся водянки головы. Изъ 12 случаевъ, извѣстныхъ Driessen'у, за послѣднее время 8 дали возвратъ Hydrocephalii и 4—различныя мозговыя образованія. Driessen, на основаніи этихъ случаевъ, а также на основаніи сообщеній хирурговъ. оперировавшихъ и до него, ставитъ мрачный прогнозъ къ сохраненію жизни и здоровья оперируемыхъ.

Payer указалъ свой методъ излѣченія водяночныхъ уродствъ головы — соединеніе вены съ sinus longitudinalis — методъ въ деталяхъ намъ неизвѣстный.

Cuschmann въ тѣхъ же цѣляхъ стремится къ соединенію Subdural'наго пространства спинного мозга съ retro-peritone'альной клѣтчаткой.

(Способъ операціи таковъ: Послѣ открытія 2-го и 3-го поясничныхъ позвонковъ прорѣзывается Dura mater; одинъ изъ поясничныхъ позвонковъ пронизывается черезъ толщу его тѣла и въ полученное отверстіе вставляется тонкая серебряная канюля. Спинную рану потомъ закрываютъ. Производятъ лапаротомію и ищутъ конецъ канюли въ retro-peritone'альной клѣтчаткѣ и закрѣпляютъ его здѣсь гайкой). Быстрымъ и хорошимъ оттокомъ жидкости избѣгаютъ повторнаго накопленія жидкости въ мозгу.

Всѣ эти методы есть только поиски настоящей хирургической подачи помощи, еще далекіе до широкаго практическаго значенія и развѣ только методъ Cuschmann'а можетъ быть разсматриваемъ, какъ раціональный. Но операція настолько тяжела, что вообще говоря, исходъ ея весьма сомнителенъ. И мы, не придавая этимъ методамъ значенія совершенныхъ, приводимъ ихъ, какъ болѣе или менѣе удачныя попытки въ данной области хирургіи.

akusher-lib.ru

Въ результатѣ нашихъ литературныхъ поисковъ мы пришли къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Если остановиться на взглядѣ, что главная причина уродствъ есть ненормальность медулярной трубки, сложившаяся подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ условій жизни родителей или переданныхъ ей по наслѣдственности черезъ ближайшихъ родственниковъ, то анатомо-патологическія изслѣдованія уродовъ должны выяснить всѣ ненормальности ея въ ихъ генетическомъ взаимоотношеніи, чему должны способствовать акушерско-клиническія наблюденія надъ плодами и роженицами вмѣстѣ составленіемъ наиболѣе подробныхъ и точныхъ исторій болѣзни въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

2) Hydrocephali'тическая теорія должна существовать совмѣстно съ теоріей амніотической и что Hydrocephal'ы могутъ дать при извѣстныхъ условіяхъ картину, по внѣшности сходную съ картинами другихъ головныхъ уродствъ.

3) Діагносцировать уродства головы важно въ смыслѣ благополучнаго теченія родового акта и послѣродового періода родильницы, а также и въ смыслѣ сохраненія жизни плода.

4) Основываясь на приведенной нами статистикѣ уродствъ по русскимъ источникамъ и на сравненіи ея съ таковыми же заграничныхъ авторовъ, можно сказать, что процентъ уродствъ въ Россіи ниже, чѣмъ въ Западной Европѣ, но головныя уродства все же поражаютъ своимъ громаднымъ процентнымъ отношеніемъ.

5) Разсматривая же послѣдующее лѣченіе уродовъ приходится сказать, что еще не найдено вполнѣ раціональныхъ методовъ терапіи даже такихъ наиболѣе жизненныхъ уродствъ, какъ Hydrocephal'ы.

Въ заключеніе позволимъ себѣ выразить нашу искреннюю и сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору-учителю Николаю Ивановичу Побѣдинскому за данныя имъ намъ указанія и за любезное разрѣшеніе пользоваться библіотекой и помѣщеніемъ клиники для производства нашей работы; ординаторамъ руководимой Николаемъ Ивановичемъ клиники Сергѣю Аполлинарьевичу Селицкому и Наполеону Аркадьевичу Цовьянову, первому за всегдашнюю готовность оказать возможную помощь при исполненіи задуманной нами работы, а второму за любезное представленіе къ описанію 2-го случая уродства и обоимъ вмѣстѣ за тотъ радушный пріемъ, какой

мы находили во все время нашихъ посѣщеній клиники; доктору Нестору Николаевичу Алябьеву, завѣдующему фабричной больницей въ селѣ Н.-Гольчиха, Костромской губ., за представленіе въ наше распоряженіе 1-го урода и сообщеніе тѣхъ важныхъ данныхъ по исторіи болѣзни г-жи Л., которыя были указаны въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ.

Уроды хранятся въ музеѣ при Акушерской Клиникѣ Императорскаго Московскаго Университета.

---

akusher-lib.ru

Литература.

Шиперовичъ. Уродства. По статьѣ Маршанда XIX т. Реальн. Энциклоп. Мед. Наукъ Eulenburg'a.

Спинная щель. XVIII т. Реальн. Энциклоп. Медиц. Наукъ Eulenburg'a.

Циглеръ. Общая и частная паталогическая анатомія. Переводъ Минха. 1883 г.

Er. Ziegler—Lehrbuch der Allgemeine und Speziellen Pathologischen Anatomie Iena 1892 г.

Ed. Kaufmann—Lehrbuch der speziellen Pathologischen Anatomie Berlin 1909 г.

Ern. Schwalbe—Allgemeine Missbildungslehre (Teratologie) Iena 1906. Jahr. Bd. I.

Ern. Schwalbe—Allgemeine Missbildungslehre. Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Tiere III Teil II Lieferung 2 Abteilung 2 Kapitel Iena 1909 Jahr.

Хр. Кнакштетъ. Анатомическое описаніе урода, рожденнаго живымъ безъ мозга и головного черепа, въ видѣ приглашательнаго письма сочинено Христофоромъ Эліасомъ Гейнрихомъ Кнакштетомъ, медицины и хирургіи докторомъ и публичнымъ профессоромъ Науки о костяхъ и оныхъ болѣзняхъ при медико-хирургическомъ Институтѣ. Съ приложенными фигурами. Во градѣ святого Петра. 1791 годъ.

Четыре года клинической жизни Импер. Клиническаго Повивально-Геникологическаго Института 1904—1907 гг. Подъ редакціей проф. Отто. Спб. 1911 г.

Ивановъ. Особенности родовъ при уродливости плода. По Матеріаламъ Москов. Родовспомогат. заведенія за 28 лѣтъ. Москва 1876—1904 гг.

Для того, чтобы собрать казуистическую литературу, нами были просмотрѣны:

Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней, съ 1887 г. по 1913 г.

Zentralblat für Gynäkologie
Monatschrift für Geburtshielfe und Gynäkologie
Zeitschrift für Geburtshielfe und Gynäkologie
Archiv für Gynäkologie
} каждый съ 1882 г. по 1912 включительно.

akusher-lib.ru

и въ нихъ найдено:

Кудишъ. Къ казуистикѣ пороковъ внутриутробнаго развитія зародыша. Ж. Ак. и Жен. бол. 1889.

Массенъ. Медицинскій отчетъ по Гаваньскому родильному пріюту за время 17/VIII 1888 г. по 1/V 1892 г. Журн. Ак. и Жен. бол. 1892 г.

Бржезинскій. Медицинскій отчетъ о дѣятельности Акушерск. Отдѣл. гениколог. клин. Варшав. Универ. за 1890—1892 гг. Журн. Ак. и Жен. бол. 1894 г.

Массенъ. Къ казуистикѣ уродствъ плода. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1895 г.

Ростковскій. Докладъ въ Обществѣ Акушеровъ и Гениологовъ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1895 г.

Певзнеръ. Случай гемицефаліи, эктопіи сердца и печени. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1899 г.

Пашкевичъ. Демонстрація мертворожденнаго урода въ засѣданіи Акушерск. Гениколог. Общества. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1901 г.

Звинятскій. Рѣдкій случай уродствъ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1904 г.

Альтшулеръ. Случай Anencephalus и Acrania. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1903 г.

Рѣзниковъ. Случай уродливыхъ двоенъ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1904 г.

Утробинъ. I-я тысяча родовъ въ родовспомогательн. заведеніи имени Курбатова въ Сарапулѣ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1904 г.

Кривскій. Демонстрація уродца въ засѣданіи Акуш. Геник. О-ва. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1905 г.

Королевъ. Циклопія и уродство. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1907 г.

Лустверкъ. Случаи гемицефаліи и другихъ уродствъ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1907 г.

Семенниковъ. Отчетъ по Родильн. дому Саратов. физ.-мед. О-ва. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1907 г.

Утробинъ. Случай уродства. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1907 г.

Правосудъ. Два случая гемицефаліи. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1908 г.

Потѣенко. Отчетъ Акуш. отдѣл. Екатеринбургск. Родильнаго дома за 1906 г. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1908 г.

Кривскій. Мед. отч. Спб. городск. родильн. пріютовъ за 1908 г. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1909 г.

„ Мед. отч. Спб. городск. родильн. пріютовъ за 1909 г. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1911 г.

Столыпинскій. Мед. отчетъ по Импер. Спб. родовспомогат. завед. за 1907—1909 г. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1911 г.

Хажинскій. Къ признакамъ полуголоваго уродства во время беременности. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1911 г.

akusher-lib.ru

Въ Zentralblat für Gynäkologie.

1. Pirie—Bemerkung zu 2 Fällen von Acrania 1908 г. № I pag. 38.
2. Yule—Ein Fall von Missbildung und Acrania 1909. № I pag. 38.
3. Charles—Hydrocephalia wärend der Geburt. Diagnose und Bechand lung 1908 г. № 25 pag. 895.
4. Seeligmann—Anencephalus 1892 г. pbg. 668.
5. Driessen—Operation einer Hydroencephulokele. 1908 г. Bd. 33 pag. 344

Въ Monatschrift für Geburtshielfe und Gynäkologie.

6. Bavado—Ausgedehnte Verwachsung der Plazenta mit dem Schädel bei Gleichzeitiger Exencephalie 1901 г. Bd XIII pag 621.
7. Hammerschlag—Uber Diagnose und Therapie des Hydrocephalus 1908 Bd XXVII pag. 621.

Въ Zeitschrift für Geburtschielfe und Gynäkologie.

8. Jolly—Anencephalus mit Gaumenspalte und Schwazbildung Gesetzt f. Geb. und Gyn. Berlin 17/VII 1907. Bd 60 pag. 598.

Были такъ же просмотрѣны нами и отчеты Акушерск. факульт. клиники съ 1874 по 1908 г. гдѣ найдена только одна статья

Д-ра Лутохина — Случай Hernia cerebri черезъ катетсъ cranio—pharingeus и амніотич. нити. Отчетъ за 1894 — 1895 г

---

akusher-lib.ru

Къ вопросу о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи въ связи съ вопросомъ о послѣдующихъ родахъ послѣ произведенной операціи.

С. А. Селицкій.

Ординаторъ Акушерской Клиники.

Современная русская литература, главнымъ образомъ, за послѣдніе два—три года, описываемые случаи достаточно рельефно характеризуютъ отношеніе современныхъ акушеровъ къ влагалищному кесарскому сѣченію.

На основаніи описанныхъ въ послѣднее время случаевъ можно придти къ заключенію, что и въ Россіи эта операція получила должную оцѣнку, пріобрѣла значительное число сторонниковъ, расширены показанія къ ея примѣненію, а также она пріобрѣла вполнѣ заслуженное право гражданства, являясь наиболѣе цѣннымъ пріобрѣтеніемъ хирургическаго періода въ акушерствѣ.

Интересъ русскихъ акушеровъ къ этой операціи достаточно ясенъ изъ того, что однимъ изъ программныхъ вопросовъ послѣдняго IV-го съѣзда былъ вопросъ о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи, а изъ преній выяснилось отношеніе къ нему большинства членовъ, за исключеніемъ правда одного только Строганова, который, признавая извѣстныя заслуги передъ этой операціей, — все-таки относится къ ней отрицательно, главнымъ, образомъ изъ опасности при будущихъ родахъ, такъ какъ не всегда возможно хорошее сращеніе;—описанные же нѣсколько десятковъ вполнѣ благополучныхъ, нормальныхъ родовъ послѣ произведенной операціи не убѣдительны для Строганова, такъ какъ исходя изъ математическихъ соображеній необходимы „не 3, 5, 10 случаевъ, такъ какъ они являются не доказательными, а 300, 500“. Не раздѣляя вполнѣ этого мнѣнія, мы также не можемъ согласиться и съ тѣмъ, что въ первое время сообщаются наиболѣе охотно благопріятные случаи, такъ какъ не можемъ себѣ предста-

akusher-lib.ru

вить, чтобы тотъ или иной авторъ, описывающій удачный случай изъ своей практики и имѣя на ряду съ ними точно также неудачные, даже окончившіеся летально—обошли бы ихъ молчаніемъ и не подѣлились бы своими впечатлѣніями тѣмъ болѣе въ такомъ новомъ и важномъ вопросѣ, интересующемъ всякаго современнаго акушера.

Повседневный опытъ, клиническія наблюденія, цѣлый рядъ статей и сообщеній изъ различныхъ клиникъ, учрежденій убѣждаютъ насъ въ томъ, что на ряду съ техникой наложенія щипцовъ, операціей производства поворота и др. каждый акушеръ въ данное время долженъ владѣть и техникой влагалищнаго кесарскаго сѣченія, такъ какъ дѣйствительно правъ Рашкесъ, говоря, что „есть случаи, когда только влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ можно спасти больную“.

Исходя изъ этого соображенія, мы вполнѣ присоединяемся къ тому же Рашкесу, полагающему, что „каждый врачъ, даже работающій въ провинціи долженъ знать технику операціи“, а также и къ Бекману, который лично не можетъ себѣ представить современнаго акушера безъ этой операціи.

Многочисленныя сообщенія подтверждаютъ, что операція проста, не сложна, сопряжена съ незначительной потерей крови. Ничтожный % смертности, да и то въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ отъ основного страданія или отъ побочно присоединившагося заболѣванія, а не отъ самой операціи, гладко протекающій послѣродовой-послѣопераціонный періодъ—все это вмѣстѣ взятое расширило показанія къ ея примѣненію, увеличило число ея сторонниковъ, а также извѣстнымъ образомъ измѣнило условія ея производства. Если еще сравнительно недавно было спорнымъ вопросомъ о возможности ея примѣненія исключительно въ хорошо обставленномъ учрежденіи при достаточномъ количествѣ ассистентовъ, теперь описанные въ литературѣ случаи въ связи съ простой и не сложной техникой операціи въ какой бы модификаціи она не производилась достаточно убѣдительны въ томъ отношеніи, что производство ея даже въ сельской обстановкѣ при недостаточномъ числѣ врачебнаго персонала не сопряжено ни съ какими осложненіями и послѣдствіями.

Мы не будемъ останавливаться на техникѣ операціи, такъ какъ она довольно подробно разобрана (во всѣхъ ея предложенныхъ модификаціяхъ, включая и послѣднее предложеніе

самаго творца этой операціи Dührssen'a, такъ называемый Metreurynterschnitt) въ вышедшихъ статьяхъ, какъ заграничныхъ, такъ и нашихъ отечественныхъ (Скробанскій, Бекманъ, Холмогоровъ, Вербовъ, Селицкій и мн. др.).

Отмѣтимъ только, что большинство ограничивается разрѣзомъ только передней стѣнки, иначе говоря производитъ операцію по способу, предложенному Bumm'омъ и названному имъ Hysterotomia vaginalis anterior.

Что касается послѣдняго видоизмѣненія, предложеннаго самимъ Dührssen'омъ, а именно Metreurynterschnitt, то какъ выясняется изъ наблюденій авторовъ этотъ способъ значительно упрощаетъ технику операціи.

Бекманъ, напримѣръ, во всѣхъ случаяхъ пользуется Metrenrynterschnitt, очень доволенъ результатами и приходитъ къ заключенію, что „края разрѣза вовсе не рвутся, даже не травматизируются при сильномъ низведеніи матки".

Подгорецкій отмѣчаетъ въ своей диссертаціи, что въ послѣднихъ случаяхъ этой операціи онъ съ успѣхомъ примѣнилъ Metreurynterschnitt, дѣйствительно значительно облегчающій низведеніе матки.

Подгорецкій полагаетъ, что этотъ способъ, вѣроятно, съиграетъ видную роль при placenta praevia.

Мы съ своей стороны правда только на основаніи двухъ случаевъ (одного при позднемъ выкидышѣ, одного при преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста) можемъ вполнѣ присоединиться къ мнѣнію вышеприведенныхъ авторовъ, что Metrenrynterschnitt значительно упрощаетъ технику операціи.

Что касается вопроса о показаніяхъ къ данной операціи, то, несмотря на то, что и этотъ вопросъ довольно подробно разрабатывался въ текущей литературѣ, фактически между сторонниками этой операціи нѣтъ еще полнаго единодушія въ смыслѣ производства ея при тѣхъ или иныхъ показаніяхъ.

Наименѣе спорнымъ вопросомъ является эклямпсія, и тутъ большинство, признающее вообще быстрое родоразрѣшеніе при этомъ заболѣваніи придерживается по большей части этого метода родоразрѣшенія. И дѣйствительно, если влагалищное кесарское сѣченіе и не является панацеей при эклямпсіи, то во всякомъ случаѣ въ цѣломъ рядѣ случаевъ приноситъ несомнѣнную пользу и оказываетъ вліяніе на дальнѣйшее теченіе этого тяжелаго заболѣванія. Конечно, здѣсь мо-

жетъ быть болѣе, чѣмъ при какомъ-либо другомъ осложненіи беременности трудно оріентироваться въ смыслѣ своевременнаго производства этой операціи, т. е. и здѣсь благопріятный исходъ зависитъ какъ отъ того въ какомъ состояніи больная доставляется въ учрежденіе, послѣ сколькихъ припадковъ такъ и своевременнаго вмѣшательства въ случаяхъ, начавшихся въ учрежденіи.

Литературныя данныя показываютъ, что наиболѣе частымъ показаніемъ является эклямпсія.

Reuben Peterson еще въ 1911 году собралъ въ своей работѣ 530 случаевъ (опубликованныхъ 292 случая), гдѣ показаніемъ служила эклямпсія.

Федоровъ въ томъ же году собралъ 53 случая этой операціи, произведенной въ Россіи (31 случай при эклямпсіи).

Подгорецкій въ 1912 году собралъ 194 случая (въ 133 случаяхъ при эклямпсіи).

Намъ въ томъ же году (Selitzky-Sectio caesarea bei Eklampsie Moskau 1912) удалось собрать какъ въ русской, такъ и въ иностранной литературѣ 590 случаевъ, при чемъ показаніемъ служила только эклямпсія, на долю же Россіи приходится 139 случаевъ.

Кстати отмѣтимъ здѣсь, что операція эта не пользуется большимъ успѣхомъ, какъ въ Англіи, такъ и во Франціи и Италіи, а большее число произведенныхъ операцій падаетъ на долю Германіи, Америки и Россіи.

На это довольно значительное число случаевъ нѣтъ ни одного случая, гдѣ бы причиной смерти была сама операція, точно также ничтоженъ % послѣродовыхъ заболѣваній вообще и септическихъ въ частности.

Мы съ своей стороны, являясь принципіальными сторонниками быстраго родоразрѣшенія при эклямпсіи, на основаніи нашихъ клиническихъ наблюденій, можемъ еще разъ отмѣтить высокое значеніе влагалищнаго кесарского сѣченія, какъ метода родоразрѣшенія при эклямпсіи, особенно производя его не по шаблону, а строго индивидуализируя каждый отдѣльный случай.

Въ Московской Акушерской клиникѣ на ряду съ другими способами родоразрѣшенія при эклямпсіи, а также и консервативными методами веденія заболѣванія (включая и профилактическій способъ Строганова), операція влагалищнаго кесарскаго сѣченія въ послѣдніе годы была произведена проф. Н. И.

Побѣдинскимъ 11 разъ (1 разъ въ лѣчебницѣ д-ра И. К. Юрасовскаго въ августѣ 1913 года), причемъ % смертности равенъ 0.

Проводя въ клиникѣ на ряду съ радикальной и выжидательной терапіей строго консервативный методъ, мы все-таки, какъ на основаніи клиническаго матеріала, такъ и клиническихъ наблюденій, высказываемся еще разъ въ пользу быстраго опорожненія полости матки.

Хотя быстрое родоразрѣшеніе, какъ таковое и не является вполнѣ исчерпывающимъ всю сущность заболѣванія и далеко не всегда влекущимъ къ благопріятному исходу, но все-таки на ряду съ другими методами заслуживаетъ предпочтенія, а изъ способовъ быстраго родоразрѣшенія далеко не послѣднее мѣсто занимаетъ влагалищное кесарское сѣченіе.

Переходя къ вопросу о другихъ показаніяхъ къ этой операціи можно сказать, что это одинъ изъ болѣе трудныхъ вопросовъ, вопросъ до сего времени неразрѣшенный, несмотря на многія работы, вышедшія главнымъ образомъ за послѣдніе годы и старавшіяся такъ или иначе болѣе точно выработать показанія къ этой операціи.

Хотя показанія были въ свое время достаточно разработаны Dührssen'омъ, приводилась общая схема, основнымъ принципомъ которой было наиболѣе бережное, немедленное родоразрѣшеніе въ случаяхъ, гдѣ наблюдались явленія, угрожающія жизни матери, но схему эту нельзя было признать за окончательную въ виду того, что фактически она составлялась не имѣя за собой еще строго провѣренной и обоснованной почвы, eo ipso благодаря этому и впослѣдствіи подвергалась многимъ измѣненіямъ и варіаціямъ.

Въ общихъ чертахъ показанія къ этой операціи раздѣляются на 3 группы. Къ первой группѣ относятся заболѣванія, при которыхъ необходимо произвести родоразрѣшеніе при совершенно неподатливыхъ родовыхъ путяхъ, при закрытомъ зѣвѣ, гдѣ малѣйшее замедленіе можетъ угрожать жизни больной или даже въ нѣкоторыхъ случаяхъ неминуемо ведетъ за собой роковой исходъ (эклямпсія, преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, предлежаніе дѣтскаго мѣста). Къ другой группѣ относятся заболѣванія, при которыхъ для женщинъ необходимо родоразрѣшеніе самымъ бережнымъ, щадящимъ способомъ въ виду того, что самый родовой актъ можетъ гибельно отозваться на состояніи больной (неукротимая рвота, заболѣванія почекъ, сердца, лихорадка во время родовъ, а также и долго

Табли

Случаи влагалищнаго кесарскаго сѣченія, оперированные въ

(Операт. проф.

Случай по порядку.		Какое показаніе къ операціи.	Состояніе шейки до операціи.	Теченіе послѣродового послѣопераціоннаго періода.
1)	1909 г.	Эклямпсія.	Закрыта.	N.
2)	1911 г.	Эклямпсія.	Пропускаетъ палецъ.	N.
3)	1911 г.	Эклямпсія.	Закрыта.	N.
4)	1911 г.	Эклямпсія.	Пропускаетъ палецъ.	N.
5)	1911 г.	Эклямпсія.	Закрыта.	Трехкратное повышеніе t^0 до 38,1 на 1, 2 и 5-ый день.
6)	1911 г.	Эклямпсія.	Пропускаетъ палецъ.	N.
7)	1911 г.	Эклямпсія.	Пропускаетъ палецъ.	Повышеніе t^0 на 1-ый день 39,6 и на 15-ый 38,6.
8)	1911 г.	Abortus m IV.	Закрыта.	Однократное повышеніе t^0 на 2-ой день 38,4.
9)	1911 г.	Abortus m IV.	Закрыта.	N.
10)	1911 г.	Abortus m IV.	Закрыта.	N.
11)	1912 г.	Abortus m VII.	Закрыта.	N.
12)	1912 г.	Эклямпсія.	Пропускаетъ палецъ.	Colpitis.
13)	1912 г.	Missed abortion m V.	Пропускаетъ палецъ.	Повышеніе t^0 на 2, 3, 4, 5-ый день наивысшая 38,7.
14)	1913 г.	Эклямпсія.	Пропускаетъ палецъ.	Повышеніе t^0 первые 4 дня.
15)	1913 г.	Эклямпсія.	Закрыта.	N.
16)	1913 г.	Пузырный заносъ.	Закрыта.	Puerp. съ осложненіемъ.
17)	1913 г.	Эклямпсія.	Закрыта.	N.

akusher-lib.ru

ца 1-ая.

Московской Акушерской клиникѣ за періодъ времени 1909—1913 гг.

Н. И. Побѣдинскій).

Исходъ для матери.	Состояніе шейки послѣ операціи.	Отдаленные результаты операціи.	Послѣдующіе роды.	Особыя замѣтки.
Выздоровленіе.	Полное сращеніе.	Отклоненій въ половой сферѣ не отмѣчается.	Двое нормальныхъ родовъ.	
—	Полное сращеніе.	—	Нормальные роды.	Небольшой разрывъ шейки при родахъ наложено 5 кэтгут. швовъ.
—	—	—	Нормальные роды.	
—	—	Неизвѣстно.	Неизвѣстно.	
—	—	Отклоненій въ половой сферѣ не отмѣчается.	Нормальные роды.	Болѣзненность въ правомъ паху.
—	—	Неизвѣстно.	Неизвѣстно.	
—	—	Неизвѣстно.	Неизвѣстно.	
—	—	—	—	Spondilitis traumatica (tbc).
—	—	Отклоненій въ половой сферѣ не отмѣчается.	—	Къ операціи приступлено послѣ безуспѣшнаго дѣйствія метрейринтера въ течен. 22 час.
—	—	—	Неизвѣстно.	Метрейринтеръ 19 часовъ.
—	Неполное сращеніе.	Retroflexio uteri.	—	Больная доставлена въ обморочномъ состояніи.
—	Полное сращеніе	Неизвѣстно.	—	Erysipelas faciei.
—	—	Отклоненій въ половой сферѣ не отмѣчается.	—	Передъ операціей повторная тампонація въ теченіе двухъ сутокъ.
—	—	Неизвѣстно.	—	
—	—	—	—	
—	Полное сращеніе.	Отклоненій въ половой сферѣ не отмѣчается.	—	**См. рис. № 1.** Больная поступила уже при явленіяхъ наличной инфекціи наканунѣ знобъ, жаръ.
—	—	Неизвѣстно.	—	

akusher-lib.ru

продолжающіеся роды). Къ послѣдней третьей группѣ относятся заболѣванія мѣстнаго характера, при которыхъ родоразрѣшеніе per vias naturales невозможно (ригидность маточнаго зѣва, стенозъ шейки, рубцовыя съуженія, а также новообразованія—ракъ, фиброма и т. д.).

Что же касается показаній, гдѣ на первое мѣсто выдвигаются опасности для жизни плода (какъ-то выпаденіе петель пуповины, созданіе условій для производства поворота, а также операціи на мертвой или умирающей), — то хотя онѣ и приводятся отдѣльными авторами, какъ таковыя, но какъ показываютъ литературныя данныя по этимъ показаніямъ къ операціи прибѣгаютъ крайне рѣдко, а нѣкоторые даже категорически заявляютъ, что никогда не оперируютъ по показаніямъ со стороны плода.

Самымъ спорнымъ вопросомъ является вопросъ о производствѣ этой операціи при placenta praevia; здѣсь мы наталкиваемся на два совершенно противоположныхъ взгляда, съ одной стороны мы слышимъ, что это вполнѣ безопасный методъ (Döderlein, Seitz, Baisch), съ другой, что производство этой операціи при placenta praevia опасно (Franz) и даже, что placenta praevia, какъ таковая, служитъ прямымъ противопоказаніемъ къ влагалищному кесарскому сѣченію.

Не являясь вполнѣ сторонниками производства операціи при этомъ осложненіи беременности, да и не имѣя личныхъ наблюденій, мы тѣмъ не менѣе полагаемъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно можетъ быть вполнѣ выполнимо.

Цѣлый рядъ случаевъ въ литературѣ указываетъ, что иной разъ влагалищное кесарское сѣченіе можетъ сыграть немаловажную роль и въ нѣкоторыхъ случаяхъ даетъ лучшіе результаты, чѣмъ прежніе болѣе консервативные методы (какъ метрейризъ, тампонація и др.) (Weisbein въ своей диссертаціи описываетъ 12 случаевъ изъ клиники Bumm'a, случаи Baisch'a Döderlein'a, Подгорецкаго, Холмогорова, Либова и мн. др.).

Менѣе спорнымъ на нашъ взглядъ является вопросъ о преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста. Здѣсь болѣе, чѣмъ гдѣ-либо примѣнимо убѣжденіе, что есть такіе случаи въ акушерской практикѣ, гдѣ только влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ можно спасти больную.

Кромѣ цѣлаго ряда описанныхъ въ литературѣ случаевъ (Бекманъ, Вербовъ, Сазоновъ, Скробанскій, Холмогоровъ и

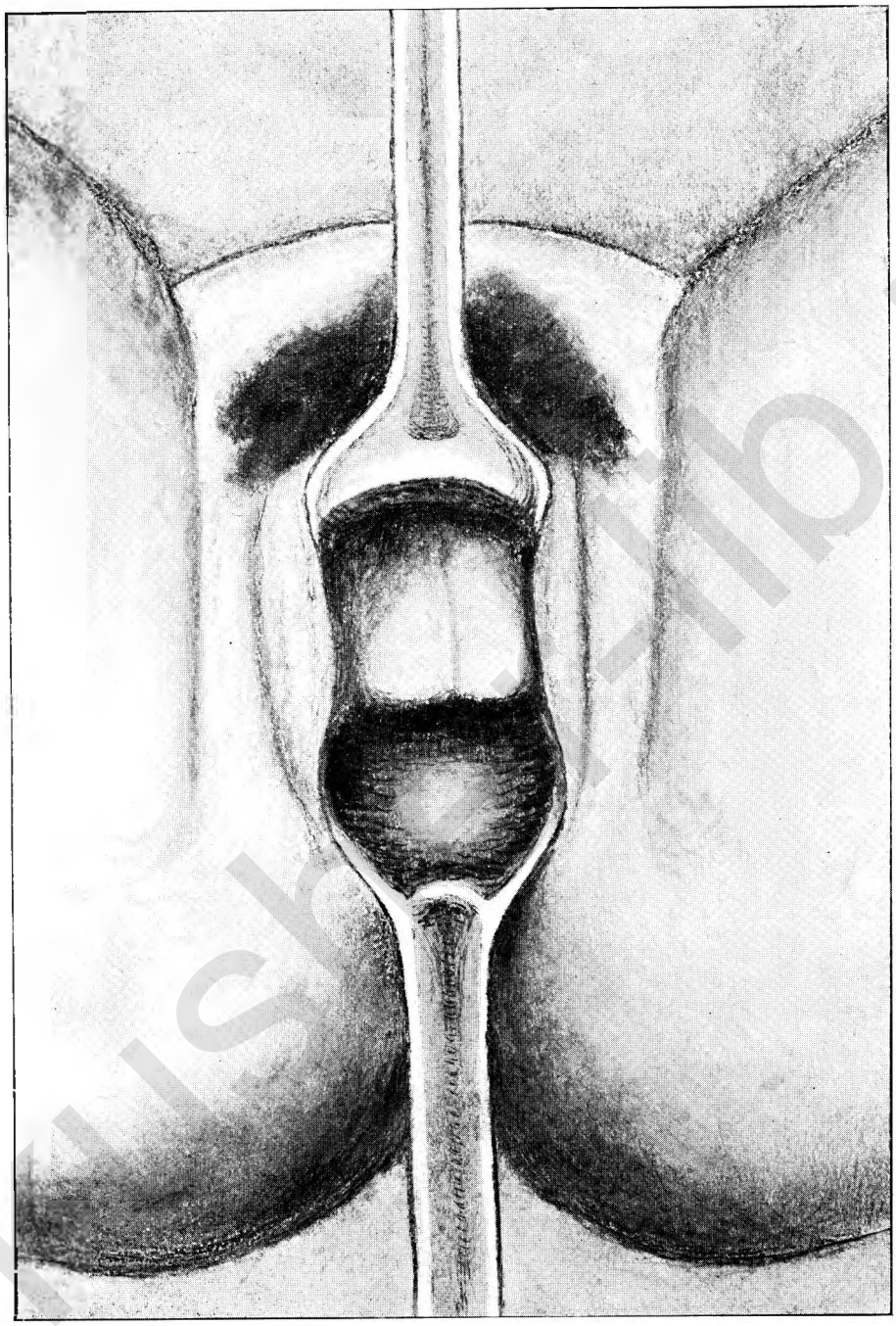


Рис. 1.

Полное сращеніе послѣ Hysterotomia vaginalis anterior.

Рис. Н. Маштаков.

akush-lib.ru

мн. др.) мы на основаніи и нашихъ случаевъ (случай Александрова и случай Рейтлингера изъ VI-го городского родильнаго пріюта) приходимъ къ заключенію, что въ такихъ случаяхъ наиболѣе примѣнимо влагалищное кесарское сѣченіе и оно безусловно заслуживаетъ предпочтенія передъ способами accouchement forcé, такъ какъ съ одной стороны мы избѣгаемъ могущихъ произойти глубокихъ разрывовъ шейки (въ особенности инструментомъ Bossi), а также и выигрываемъ время.

Не останавливаясь на другихъ показаніяхъ, такъ какъ въ общемъ съ одной стороны они встрѣчаются сравнительно рѣдко (главнымъ образомъ показанія мѣстнаго характера), съ другой же и въ виду того, что именно по этимъ показаніямъ нѣтъ особыхъ разногласій—мы перейдемъ къ вопросу имѣющему существенное значеніе—именно къ вопросу о вліяніи операціи какъ на послѣдующіе роды, такъ и вообще на дальнѣйшую половую жизнь женщины.

Существеннымъ въ операціи влагалищнаго кесарского сѣченія является вопросъ о томъ, какъ будутъ протекать послѣдующіе роды; въ связи съ этимъ неразрывно долженъ быть поставленъ вопросъ и о расширеніи показаній къ этой операціи.

Жизнь показываетъ, что высказываемыя прежде опасенія (Alhfeld, Hofmeier, Holmes, Labhardt), что операція эта по своимъ послѣдствіямъ является далеко не безопасной, совершенно не оправдались. Раздававшіеся отдѣльные, можно сказать единичные голоса, что возможно недостаточное, неполное сращеніе (опасность септической инфекціи—на самомъ же дѣлѣ небольшая и во всякомъ случаѣ не больше, чѣмъ при какой-либо другой акушерской операціи), прикрѣпленіе плаценты на мѣстѣ рубца, перерастяженіе матки и что все это вмѣстѣ взятое можетъ повести къ разрывамъ при слѣдующихъ родахъ потеряло подъ собой почву послѣ цѣлаго ряда совершенно нормальныхъ, произвольныхъ родовъ послѣ этой операціи.

Точно также съ другой стороны сотни произведенныхъ операцій при тѣхъ или иныхъ показаніяхъ совершенно не оправдали предположеній противниковъ этой операціи о возможности разрывовъ матки изъ разрѣзовъ шейки, кровотеченій изъ разсѣченія шейки, поврежденій мочевого пузыря, а также и о возможности сильныхъ атоническихъ кровотеченій вслѣдствіе быстраго опорожненія полости матки.

Кромѣ вліянія операціи на послѣдующіе роды немаловажное значеніе имѣетъ и вліяніе произведенной операціи

вообще на измѣненія въ половой сферѣ женщины (какъ-то неправильныя положенія матки, fluor albus, болѣзненныя обильныя или ослабленныя menses).

Касаясь этого вопроса мы на основаніи нашихъ семнадцати наблюденій у больныхъ, перенесшихъ эту операцію, можемъ отмѣтить, что ни въ одномъ случаѣ ни у одной больной не видѣли впослѣдствіи какихъ-либо отклоненій въ половой сферѣ (что касается одного случая, помѣщеннаго въ 1-ой таблицѣ (11), случай, въ которомъ получилась retroflexio uteri, fluor albus, то это запрокидываніе матки назадъ отнюдь нельзя считать возникшей на почвѣ операціи, такъ какъ выяснилось изъ анамнеза и разспросовъ больной, что она была у нея и раньше и она долго, упорно лѣчилась).

Мы, на основаніи нашихъ случаевъ и послѣдующихъ наблюденій, можемъ сказать, что операція эта не отражается ни на одной изъ функцій женщины и не влечетъ ни къ какимъ малѣйшимъ отклоненіямъ. Въ литературѣ по этому вопросу мы также находимъ подтвержденіе нашимъ наблюденіямъ (Bardeleben, Friedmann, Fuchs, Humbert, Winter и др.); ни одинъ изъ вышеприведенныхъ авторовъ не отмѣчаетъ ни гинекологическихъ заболѣваній, ни каттаровъ, ни бѣлей, ни маточныхъ кровотеченій, ни измѣненій положенія матки въ зависимости отъ уменьшенія передняго свода.

Не меньшее практическое значеніе и важность имѣетъ вопросъ о родахъ, слѣдующихъ за произведенной операціей. Боязнь неполнаго сращенія и вслѣдствіе этого возможность разрывовъ на мѣстѣ рубцовъ и другихъ могущихъ произойти осложненій фактически осталась только теоретической. Литературныя данныя, наблюденія различныхъ авторовъ показываютъ намъ, что родовой актъ послѣ операціи ничѣмъ не отличается отъ теченія нормальныхъ родовъ.

Мы вполнѣ согласны, что если и возможны осложненія при послѣдующихъ родахъ на почвѣ неполнаго сращенія, то виной этому не сама операція, а какія-нибудь сопутствующія ее, случайно присоединившіяся неблагопріятныя обстоятельства.

Просматривая наши случаи, помѣщенные въ таблицѣ 1-ой, мы видимъ, что во всѣхъ случаяхъ получилось полное сращеніе, за исключеніемъ правда одного—случай, гдѣ на лицо у больной былъ артефактъ, безусловно имѣлась инфекція и неполное сращеніе въ данномъ случаѣ (не сращеніе одного

шва на шейкѣ матки, приблизительно въ серединѣ) мы не можемъ трактовать иначе, какъ возникшее вслѣдствіе вышеупомянутыхъ причинъ. Но такія осложненія и возможности не исключаются и при всякой другой операціи, при каждой ранѣ и при наложеніи каждаго шва. Благопріятный результатъ почти всѣхъ нашихъ случаевъ зависѣлъ отъ строжайшаго соблюденія правилъ асептики и антисептики и не послѣднюю роль играло здѣсь качество кэтгута.

Нашъ глубокоуважаемый учитель проф. Н. И. Побѣдинскій считаетъ, что въ вопросѣ о полномъ сращеніи какъ вообще, такъ и въ частности по отношенію къ этой операціи играетъ не столько роль толщина кэтгута, сколько его безусловная стерильность.

Цѣлая серія описанныхъ родовъ послѣ влагалищнаго кесарского сѣченія убѣждаетъ насъ въ томъ, что родовой актъ въ такихъ случаяхъ ничѣмъ не отличается отъ нормальныхъ родовъ, не наблюдалось ни разрывовъ на мѣстѣ рубца, ни послѣдующихъ кровотеченій, ни поврежденій мочевого пузыря, ни какихъ-либо другихъ осложненій.

Въ связи съ наблюденіями, какъ нашими, такъ и другихъ авторовъ, мы можемъ сказать, что операція эта сама по себѣ не отзывается ни на менструаціи, ни на зачатіи, ни на теченіи беременности, не ведетъ къ осложненіямъ при послѣдующихъ родахъ, а также не является почему-либо предрасполагающей къ какимъ-либо гинекологическимъ заболѣваніямъ.

Кромѣ описаннаго нами ранѣе случая въ статьѣ о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи при эклямпсіи, мы въ настоящее время имѣемъ еще четыре случая нормальныхъ родовъ послѣ операціи—всѣ они протекли вполнѣ нормально, самопроизвольно, безъ всякихъ осложненій и между прочимъ у одной изъ оперированныхъ были повторные роды. Мы были бы не совсѣмъ точны, если бы не указали на одинъ изъ этихъ случаевъ (2), гдѣ получился небольшой разрывъ шейки и было наложено пять кэтгутовыхъ швовъ; но съ одной стороны мы и при нормальныхъ родахъ имѣемъ нерѣдко значительно бо́льшіе разрывы, съ другой же—нельзя не отмѣтить въ этомъ случаѣ нѣкоторыхъ неблагопріятныхъ обстоятельствъ, какъ раннее отхожденіе водъ и преждевременное развитіе потужной дѣятельности при недостаточномъ открытіи маточнаго зѣва.

akusher-lib.ru

Таблица 2-ая.

Опубликованные случаи родовъ послѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія.

Авторы.	Число случаевъ.	Авторы.	Число случаевъ.
1) Bardeleben	2	13) Liepmann	2
2) Бекманъ	1	14) Moran	9
3) Богдановъ	2	15) Olow	3
4) Brandt	1	16) Рашкесъ	3
5) Weisswange	1	17) Rühl	4
6) Wenestrom	1	18) Селицкій	1
7) Westphal	1	19) Seitz	4
8) Graeve	1	20) Тавилдаровъ	1
9) Goldberg	2	21) Staehler	1
10) Humbert	2	22) Stamm	1
11) Dührrsen	1	23) Ziegler	1
12) Jerie	1		
		Всего	46 случ.

Итого съ прежде опубликованными случаями мы въ настоящее время имѣемъ 50 случаевъ нормальныхъ родовъ послѣ произведенной операціи.

Отмѣтимъ еще, что операція не вліяла на преждевременные роды—роды всѣ были срочные, а также и не отмѣчалось какихъ-либо уклоненій въ развитіи плода.

Въ заключеніе скажемъ, что если иной разъ впослѣдствіи и возможны какія-либо осложненія, какъ обострившіяся гинекологическія заболѣванія или же вновь возникшія (напр. гоноррея) или осложненія при послѣдующихъ родахъ, то первопричиной ихъ является не сама операція, а какія-либо побочныя обстоятельства въ числѣ которыхъ, по нашему мнѣнію не послѣднюю роль играютъ и показанія, по которымъ было приступлено къ операціи (какъ, напримѣръ, при показаніяхъ мѣстнаго характера, при ригидости шейки и др.).

akusher-lib.ru

Hysterotomia vaginalis anterior при искусственномъ и самопроизвольномъ прерываніи беременности.

С. А. Селицкій.

Ординаторъ Акушерской Клиники.

Въ связи съ успѣхами влагалищнаго кесарскаго сѣченія eo ipso за послѣднее время какъ расширились показанія къ его примѣненію, такъ и вообще увеличилось число лицъ, прибѣгающихъ къ нему.

Къ числу такихъ показаній, выставленныхъ сравнительно въ новѣйшее время относится производство операціи при позднемъ выкидышѣ. И въ литературѣ мы находимъ цѣлый рядъ отдѣльныхъ сообщеній о разсѣченіи передней стѣнки матки при этомъ показаніи. (Вербовъ, Klein, Rosner, Iahrreis и др.).

Не перебирая всѣхъ описанныхъ случаевъ, а также и не останавливаясь на показаніяхъ, по поводу которыхъ прибѣгали къ операціи,—скажемъ только, что многіе рекомендуютъ производство Hysterotomia vaginalis anterior, какъ способъ дѣйствующій быстро и надежно.

Окончицъ произвелъ эту операцію въ нѣсколькихъ случаяхъ (по поводу легочнаго кровотеченія, missed abortion, острой желтой атрофіи печени, и др.) высказывается за примѣненіе ея и отмѣчаетъ преимущества въ сравненіи съ другими способами.

Вербовъ описываетъ одинъ случай, гдѣ дальнѣйшее расширеніе Hegar'ами при искусственномъ абортѣ по поводу tbc являлось невозможнымъ и разрѣзъ передней стѣнки оказался незамѣнимъ. Авторъ хотя и отмѣчаетъ, что способъ этотъ не получитъ широкаго распространенія при этомъ показаніи, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ шейка не поддается дальнѣйшему расширенію наиболѣе бережнымъ явится Hysterotomia vaginalis anterior.

akusher-lib.ru

Klein произвелъ операцію 7 разъ при различныхъ показаніяхъ, остался очень доволенъ результатами, рекомендуетъ примѣненіе ея въ подходящихъ случаяхъ, полагаетъ, что опасность зараженія не велика и во всякомъ случаѣ меньше, чѣмъ при ламинаріи, тампонадѣ и баллонахъ.

Rosner, описывая 10 случаевъ при искусственномъ прерываніи беременности, приходитъ къ заключенію, что операція имѣетъ многія преимущества передъ другими способами.

Iahrreis (4 случая) считаетъ, что это наиболѣе простой и безопасный способъ въ первые мѣсяцы беременности и что нѣтъ основанія опасаться большихъ атоническихъ кровотеченій.

Мы вполнѣ присоединяемся къ мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, что въ виду того, что въ данныхъ случаяхъ, когда операція производится при завѣдомо не жизнеспособномъ плодѣ и когда фактически мы ограничиваемся разрѣзомъ только передней стѣнки матки, то въ такихъ случаяхъ не можетъ быть и рѣчи о кесарскомъ сѣченіи, какъ таковомъ и въ такихъ случаяхъ исключительно примѣнимъ терминъ предложенный Bumm'омъ—Hysterotomia Vaginalis anterior.

Тоже относится и къ случаямъ, когда операція предпринимается при мертвомъ плодѣ, ири патологическихъ нарушеніяхъ плоднаго яйца, при заболѣваніяхъ, гдѣ при наличности беременности плода уже не существуетъ—и во всѣхъ случаяхъ операція производится исключительно въ интересахъ матери, а о жизни плода вопросъ и не поднимается.

За послѣдніе годы операція эта была произведена въ Московской Акушерской клиникѣ проф. Н. И. Побѣдинскимъ 6 разъ, 4 раза при позднихъ выкидышахъ (3 раза при самопроизвольномъ прерываніи беременности, разъ при искусственномъ по поводу Spondilitis Tuberculosa), разъ при missed abortion и наконецъ разъ при пузырномъ заносѣ въ теченіе послѣдняго учебнаго полугодія.

Проф. Побѣдинскій полагаетъ, что хотя мы имѣемъ и достаточно способовъ для возбужденія выкидыша и вызыванія преждевременныхъ родовъ однако до сихъ поръ, особенно въ концѣ первой половины беременности, у насъ не было надежнаго и быстраго способа для опорожненія полости матки.

Препараты шишковидной железы, примѣняемые съ этой цѣлью не оправдали возлагавшихся на нихъ надеждъ и иной разъ даже повторныя вспрыскиванія этой вытяжки оставались

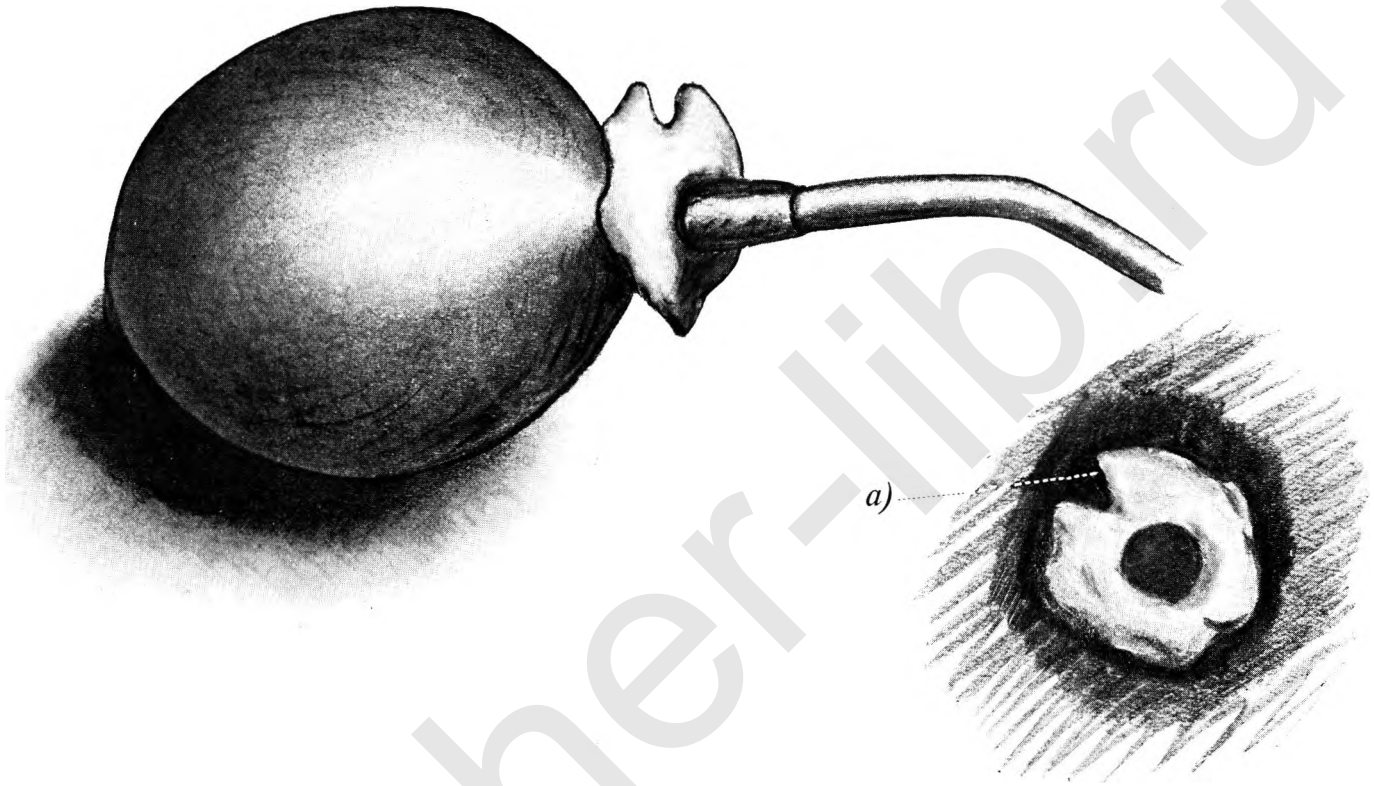


Рис. 1.

Круговой отрывъ шейки при метрейризѣ а) кусочекъ, взятый для микроскопическаго изслѣдованія.

Рис. Н. Маштаковъ.

akusher-lib.ru

безрезультатными и не только не вызывало выкидыша, но даже не способствовало раскрытію шейки матки. Иначе говоря наши наблюденія съ этими препаратами сводятся къ тому, что наилучшее ихъ дѣйствіе тогда, когда матка является болѣе возбудимой и еще лучше, когда нервные центры уже возбуждены къ родовой дѣятельности.

Также не надежны способы, вызывающіе схватки, какъ-то: введеніе бужа между стѣнкой матки и яйцомъ, отдѣленіе нижней части яйца, проколъ оболочекъ, вспрыскиваніе глицерина или другихъ жидкостей между яйцомъ и стѣнкой матки. Введеніе бужа принадлежитъ къ наименѣе вѣрнымъ и быстрымъ способамъ, особенно ненадежно его дѣйствіе въ первые мѣсяцы беременности, такъ какъ въ это время не легко помѣстить бужъ между яйцомъ и шейкой матки. Проколъ оболочекъ въ очень ранніе мѣсяцы выполнимъ съ трудомъ и далеко не безопасенъ. Что касается болѣе позднихъ мѣсяцевъ беременности, то хотя здѣсь проколъ оболочекъ обычно и совершается легко, но выкидышъ или роды наступаютъ по большей части не очень скоро, и иной разъ проходитъ порядочно времени, пока не начнется родовая дѣятельность.

Проф. Побѣдинскому лично извѣстенъ случай, когда выкидышъ произошелъ только на шестой день послѣ прокола оболочекъ.

Другія подобныя средства еще менѣе дѣйствительны, небезопасны, да и въ силу своей продолжительности легко ведутъ къ инфекціи.

Въ послѣднее время наиболѣе въ ходу способы, не только вызывающіе схватки, но и способствующіе раскрытію шейки (метрейризъ, тампонада нижняго отрѣзка), а также механическое расширеніе шейки (ламинарій, расширители Hegar'a).

Что касается метрейриза, а также и тампонады, то дѣйствіе ихъ крайне условно, а примѣненіе метрейринтера въ болѣе ранніе мѣсяцы совершенно непригодно, въ виду того, что матка не такъ легко возбудима и дѣйствіе его тотчасъ въ такихъ случаяхъ оказывается совершенно безрезультатнымъ, а иной разъ даже ведетъ къ нежелательнымъ осложненіямъ и послѣдствіямъ (рис. 1). На прилагаемомъ нами рисункѣ изображенъ метрейринтеръ и на немъ происшедшій круговой отрывъ шейки наружнаго отверстія (1912 г. № 32 пріемнаго журнала) у больной на VI-омъ мѣсяцѣ беременности при самопроизвольномъ ея прерываніи.

Мы охотно прибѣгаемъ къ метрейризу, какъ для вызыванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, такъ и по другимъ показаніямъ (placenta praevia, раннее отхожденіе водъ, при эклямпсіи мы послѣднее время обычно не пользуемся метрейринтеромъ) и считаемъ его на основаніи не одной сотни случаевъ, проведенныхъ въ клиникѣ (о чемъ въ свое время вышелъ цѣлый рядъ статей — проф. Побѣдинскій, Соловьевъ Кочевицкій) способомъ безопаснымъ, могущимъ нерѣдко значительно облегчить и ускорить родовой актъ.

Съ другой стороны также на основаніи клиническихъ наблюденій, а также памятуя слова Zweifel'я, что примѣненіе баллоновъ въ первые мѣсяцы, когда матка мало увеличена, стѣнки же являясь очень мягкими могутъ легко быть разорваны—мы не являемся сторонниками примѣненія метрейриза.

Что касается палочекъ ламинарія и тампонаціи марлей нижняго отрѣзка матки, шейки и влагалища, то способы оказываются еще менѣе дѣйствительными и вообще къ недостаткамъ всѣхъ этихъ способовъ нужно отнести и то, что выкидышъ въ такихъ случаяхъ является неполнымъ, не законченнымъ и въ заключеніе приходится прибѣгать еще къ удаленію остатковъ плоднаго яйца или пальцемъ или же ложечкой.

Въ ранніе мѣсяцы беременности мы обыкновенно производимъ выкидышъ путемъ расширенія Hegar'а и послѣдующимъ выскабливаніемъ полости матки (двухмоментнымъ способомъ въ одинъ сеансъ), но, конечно, такое быстрое расширеніе не всегда удается въ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ тѣ или иныя патологическія измѣненія шейки. Хотя въ такихъ случаяхъ мы и прибѣгаемъ къ введенію ламинарій или же къ тампонаціи въ виду возможности и легкости, какъ нанести пораненія, такъ и получить ложные ходы, но и здѣсь все-таки при наличности патологически измѣненной шейки удаленіе разбухшаго ламинарія можетъ представить иной разъ значительныя затрудненія и вмѣстѣ съ ламинаріей можетъ быть извлечена и часть слизистой оболочки шейки матки (рис. 2. Препаратъ изъ Музея Акушерской клиники И. М. У.), не говоря уже о возможности проскальзыванія ламинарій въ полость матки, на что есть также указанія въ соотвѣтствующей литературѣ.

Рашкесъ описываетъ два случая, (при tbc и missed abortion), гдѣ ламинарій ушелъ въ матку, шейка оказалась

не расширенной и пришлось произвести разрѣзъ передней стѣнки: въ другомъ же случаѣ произошло ущемленіе ламинарія у внутренняго зѣва и только при помощи передняго разрѣза удалось ее извлечь. Аналогичный послѣднему случаю былъ также въ свое время описанъ и Stolz'омъ.

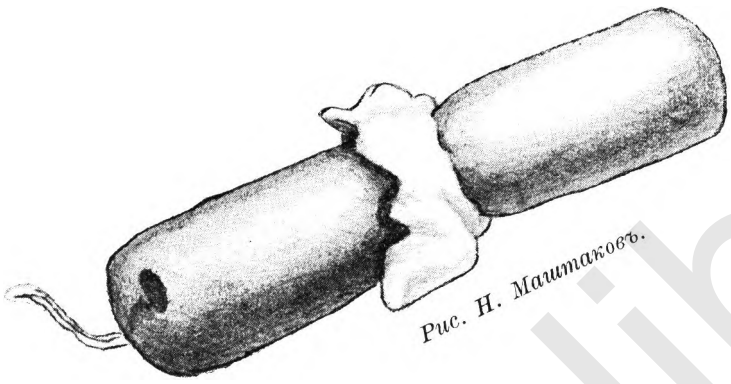


Рис. 2-ой.

Съ другой стороны очень интересны наблюденія Amersbach'a, который нашелъ, что послѣ расширенія шейки ламинаріями при существующей беременности при соблюденіи самой строгой асептики въ большомъ числѣ случаевъ наступаетъ воспалительное состояніе трубъ, которое можетъ дойти до гнойнаго сальпингита. Зараженіе не является злокачественнымъ и, кромѣ того, не отмѣчается въ случаяхъ примѣненія ламинарій въ небеременномъ состояніи.

Проф. Побѣдинскій отмѣчаетъ, что ему ни разу, вопреки утвержденію Leopold'a не удавалось видѣть, чтобы вмѣстѣ съ ламинаріемъ выходило и отдѣлившееся уже яйцо, но съ другой стороны примѣняя ламинаріи и при ригидной шейкѣ получалъ неоднократно достаточное расширеніе и ни одного раза не видалъ какой-либо инфекціи, о чемъ въ свое время сообщали нѣкоторые авторы.

Что же касается примѣненія инструмента Bossi, то мы не являемся вообще сторонниками его примѣненія, тѣмъ болѣе при выкидышахъ и не можемъ согласиться съ тѣмъ (Caliri— 44 случая отъ 3—6 мѣсяцевъ) чтобы онъ являлся способомъ болѣе легкимъ и безопаснымъ, чѣмъ влагалищное кесарское сѣченіе.

Въ первые мѣсяцы беременности приблизительно до 10 недѣль мы обыкновенно придерживаемся механическаго рас-

akusher-lib.ru

ширенія шейки Hegar'ами съ послѣдующимъ удаленіемъ яйца ложечкой и полагаемъ, что при этомъ способѣ мы имѣемъ наиболѣе быстрое опорожненіе полости матки, съ наименьшей потерей крови и съ наименьшей опасностью инфекціи.

Что касается вопроса о нашемъ вмѣшательствѣ какъ при самопроизвольно прервавшійся, такъ и искусственно прерываемой беременности въ болѣе поздней ея стадіи, то какъ мы указывали выше ни одинъ изъ примѣнявшихся ранѣе способовъ не удовлетворяетъ въ данное время, какъ по ненадежности, такъ и по продолжительности дѣйствія, а также изъ опасности инфекціи при вскрытомъ яйцѣ, да кромѣ всего этого отзывается и на состояніи больной въ особенности въ случаяхъ какихъ-либо тяжелыхъ заболѣваній или пораженій отдѣльныхъ органовъ.

Въ данный моментъ въ такихъ случаяхъ наилучшимъ способомъ, способомъ быстрымъ, наименѣе безопаснымъ является Hysterotomia vaginalis anterior.

Но наша школа во главѣ съ проф. Побѣдинскимъ считаетъ, что производство этой операціи если и показано, то исключительно въ болѣе поздней стадіи беременности, именно начиная съ 10-ой недѣли; мы ни разу не прибѣгали къ этому оперативному вмѣшательству ранѣе 10-ой недѣли и мы принципіально не согласны съ нѣкоторыми авторами, рекомендующими производство этой операціи larga manu и при первыхъ ступеняхъ беременности.

Точно также мы и не являемся сторонниками производства этой операціи во всякомъ случаѣ поздняго выкидыша, но полагаемъ, что иной разъ производство ея является наиболѣе подходящимъ, цѣлесообразнымъ, въ особенности въ случаяхъ угрожающихъ симптомовъ заболѣванія, по поводу котораго прерывается беременность, но съ другой стороны и безъ угрожающихъ явленій различныя длительныя манипуляціи несомнѣнно могутъ неблагопріятно отразиться на процессахъ, по поводу которыхъ мы и прерываемъ беременность.

Точно также и въ случаяхъ, гдѣ какой-либо изъ вышеупомянутыхъ методовъ оказывается не дѣйствительнымъ на очереди безусловно можетъ состоять вопросъ о производствѣ Hysterotomia vaginalis anterior.

Въ нашихъ случаяхъ мы далеко не всегда прибѣгали къ немедленному производству этой операціи (только въ случаѣ

Spondilitis tuberculosa на 4-омъ мѣсяцѣ беременности и въ случаѣ на VII-омъ мѣсяцѣ, гдѣ больная была доставлена съ сильнымъ кровотеченіемъ, при явленіи острой анеміи, въ обморочномъ состояніи и при внутреннемъ изслѣдованіи былъ обнаруженъ на шейкѣ артефактъ и мы считали, что наилучшимъ способомъ будетъ въ данномъ случаѣ примѣнить Hysterotomia vaginalis anterior, такъ какъ съ одной стороны на лицо были угрожающія явленія въ смыслѣ дальнѣйшей кровопотери, съ другой же стороны мы считали, что примѣненіе метрейринтера въ данномъ случаѣ не подходяще, какъ въ силу своей длительности, такъ и въ смыслѣ могущихъ произойти осложненій какъ дальнѣйшихъ разрывовъ, такъ и большей опасности инфекціи,—а тампонадѣ же вопросъ и не возникалъ).

Въ большинствѣ же случаевъ мы приступали къ ней послѣ безрезультатнаго дѣйствія въ теченіе многихъ часовъ какъ мейтрейриза, такъ и тампонады.

Мы полагаемъ, что Hysterotomia vaginalis anterior должна занять не послѣднее мѣсто при прерываніи беременности въ особенности искусственномъ и есть случаи, гдѣ она является наиболѣе подходящей и безусловно заслуживаетъ предпочтенія передъ другими методами въ терапіи аборта, какъ по быстротѣ производства, легкости и несложности техники, наименьшей опасности инфекціи, безболѣзненности (а также и отсутствіе субъективныхъ болѣзненныхъ ощущеній въ послѣопераціонномъ періодѣ), а также по малой кровопотери (Rosner считаетъ, что самый разрѣзъ почти всегда не кровавый, атоническихъ кровотеченій, вслѣдствіе быстраго опорожненія полости матки, если только яйцо удалено цѣликомъ, не наблюдается—а все это имѣетъ существенное значеніе при нѣкоторыхъ болѣзняхъ, при которыхъ прерывается беременность, напр. tbc).

Конечно, при этомъ показаніи (позднемъ выкидышѣ) операція не получитъ такого широкаго распространенія, какъ при нѣкоторыхъ другихъ (напр. эклямпсія), но что иной разъ она безусловно явится незамѣнимой и все то, что говорилось противъ ея примѣненія какъ вообще, такъ и въ частности при позднемъ выкидышѣ, если не совсѣмъ потеряло силу, то во всякомъ случаѣ, значительно ослаблено послѣдующими клиническими наблюденіями.

akusher-lib.ru

Что же касается примѣненія этой операціи при септическомъ абортѣ, то такъ какъ и вообще терапія его является далеко не рѣшенной и чуть ли не въ каждой клиникѣ есть свои принципы терапіи, то намъ кажется, что вопросъ о примѣненіи Hysterotomia vaginalis anterior при септическомъ абортѣ долженъ пока остаться открытымъ, хотя нѣкоторые авторы (Klein) считаютъ эту операцію наиболѣе цѣлесообразнымъ пріемомъ.

Окинчицъ съ успѣхомъ произвелъ ее въ двухъ случаяхъ при явленіяхъ гнилостнаго эндометрита (на 5 и 6 мѣсяцѣ беременности).

И такъ мы полагаемъ, что показаніемъ къ этой операціи прежде всего могутъ служить 1) заболѣванія, при которыхъ необходимо родоразрѣшеніе наиболѣе бережнымъ способомъ (туберкулезъ, болѣзни сердца, почекъ, неукротимая рвота, а также и другіе токсикозы беременности).

Во-вторыхъ въ случаяхъ патологически измѣненной шейки.

Затѣмъ въ случаяхъ, гдѣ на лицо имѣется артефактъ и и всѣ другіе способы, способствующіе расширенію могутъ оказаться не только не дѣйствительными, безрезультатными, но даже вредными какъ въ смыслѣ дальнѣйшихъ поврежденій мягкихъ частей, такъ и большей опасности инфекціи.

И наконецъ въ случаяхъ, гдѣ послѣ тщательныхъ и тщетныхъ попытокъ примѣнить болѣе консервативные методы, родоразрѣшеніе не подвигается впередъ (въ предупрежденіе дальнѣйшей инфекціи и кровопотери).

Въ заключеніе позволю себѣ выразить искреннюю и сердечную благодарность моему глубокоуважаемому учителю профессору Николаю Ивановичу Побѣдинскому, какъ въ частности за многія цѣнныя замѣчанія и совѣты въ данныхъ работахъ о влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи, такъ и вообще за всегдашнюю готовность помочь и разобраться какъ въ теоретическихъ, такъ и въ практическихъ вопросахъ акушерства.

---

akusher.lib.ru

Случай острой желтой атрофіи печени при беременности *).

С. И. Арбеновъ.

Ординаторъ Акушерской клиники.

Едва ли найдется въ акушерствѣ глава, которая такъ мало сравнительно подвергалась разработкѣ, какъ глава о такомъ тяжеломъ страданіи при беременности, какъ острая желтая атрофія печени. Какъ причины, такъ и леченіе мало разработаны и мало извѣстны. Рѣдкость этого осложненія при беременности является главною причиной. Это тяжелое заболѣваніе протекаетъ бурно и даетъ большой процентъ смертности. Поэтому каждый случай является извѣстнымъ матеріаломъ для нѣкотораго освѣщенія этой тяжелой болѣзни. Такой случай острой желтой атрофіи печени при беременности наблюдался въ Старо-Екатерининской больницѣ въ Родильномъ Домѣ.

Исторія болѣзни въ краткихъ чертахъ представляется въ слѣдующемъ видѣ. 28 октября 1912 года въ терапевтическое отдѣленіе поступила больная кр. Тульской губерніи Федосья М., 22-хъ лѣтъ, беременная на 3-мъ мѣсяцѣ, съ явленіями малокровія и жалобой на рвоту, которая бываетъ у нея, какъ до пріема пищи, такъ и послѣ пріема. Данныя анамнеза говорятъ слѣдующее. До 1-й беременности, которая была у нея весной того же года, больная чувствовала себя хорошо. Съ самаго начала беременности наблюдалась у нея рвота, которая была независимо отъ пріема пищи. На 3-мъ мѣсяцѣ произошелъ самопроизвольный выкидышъ, послѣ котораго рвота прекратилась и до слѣдующей беременности больная чувствовала себя хорошо. Съ началомъ второй беременности опять появилась рвота и головная боль. Къ этому еще присоединилось и нѣкоторое психическое разстройство.

---

*) Докладъ, читанный въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Москвѣ 20/III. 1913.

akusherlib.ru

При общемъ обслѣдованіи больной оказалось, что сердце немного расширено въ своихъ границахъ; тоны его слабоваты; Р—110. Легкія отклоненій отъ нормы не представляютъ. Животъ умѣренно вздутъ. Дѣйствія кишечника правильны. Печень по перкуссіи не измѣнена. Моча содержитъ слѣды бѣлка, гіалиновые и эпителіальные цилиндры въ небольшомъ количествѣ, отдѣльные кровяные шарики. Послѣднія крови — 8-го августа — беременна на 3-мъ мѣсяцѣ.

Первое время своего пребыванія въ больницѣ больная чувствовала себя сравнительно удовлетворительно. Рвота не прекращалась совершенно, но была съ перерывами въ нѣсколько дней. На 5-й день пребыванія въ больницѣ, бѣлокъ въ мочѣ у нея исчезъ. Черезъ недѣлю появился поносъ, появилась чувствительность въ животѣ, которая вскорѣ и прекратилась. Черезъ нѣсколько дней появился сухой кашель. При обслѣдованіи легкихъ ничего патологическаго не найдено. Черезъ 2 недѣли послѣ поступленія у больной появилось носовое кровотеченіе, опять возобновилась рвота, какъ до пріема пищи, такъ и послѣ пріема пищи. Появилось потемнѣніе въ глазахъ, рѣзкое ослабленіе зрѣнія и слабость. При обслѣдованіи мочи ничего патологическаго не найдено. Къ послѣднимъ явленіямъ еще присоединилось затемнѣніе сознанія. При обслѣдованіи глазного дна, послѣднее никакихъ уклоненій отъ нормы не представляло. Отмѣчена только слабая реакція зрачковъ. 22|XI, то есть черезъ 3 недѣли поступленія больная потеряла сознаніе. Т—37,8; Р—96. Стала проявлять буйство. Такъ какъ самопроизвольнаго мочеиспусканія не было, то моча была спущена. Въ мочѣ опять появились слѣды бѣлка. 25|XI больная была переведена въ нервное отдѣленіе съ явленіями судорожнаго сокращенія мышцъ въ безсознательномъ состояніи. 26|XI явленія возбужденія, на вопросы не отвѣчаетъ, судорожно схватываетъ бѣлье и рветъ его руками, 27|XI больная не оріентируется, безъ перерыва дѣлаетъ отдѣльные возгласы, треплетъ головой въ стороны, обѣими руками перебираетъ платье и рубашку. Замѣтны слабыя хореобразныя движенія въ мышцахъ, главнымъ образомъ правой руки.

На основаніи анамнеза и настоящаго ея нервно-психическаго разстройства съ одной стороны, и полнаго согласія матери больной съ другой, рѣшено произвести ей искусственный законный выкидышъ, для чего она и была переведена 28|XI въ Родильный домъ, гдѣ ей и была произведена эта операція.

Во время операціи было отмѣчено, что матка имѣетъ наклонность плохо сокращаться. На слѣдующій день больная скончалась при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности.

Произведенное вскрытіе показало слѣдующія данныя.

Anaemia et oedema cerebri Oedema pulmonum Infiltratio et degeneratio parenchymatosa cordis. Atrophia flava hepatis acuta. Hyperplasia pulpae lienis acuta. Degeneratio parenchymatosa renum. Что касается матки, то она величиною съ кулакъ взрослаго человѣка, очень дрябла; въ полости ея находится небольшое количество кровяныхъ свертковъ. Макроскопически печень уменьшена рѣзко во всѣхъ своихъ размѣрахъ, имѣетъ дряблую консистенцію, положенная на столъ она покрывается складками капсулы. Вѣсъ ея равенъ 1150,0. На разрѣзѣ границы между дольками не ясны. При микроскопическомъ обслѣдованіи препарата печени найдены характерныя измѣненія печени при этомъ страданіи.

Въ препаратѣ въ центрѣ дольки, клѣтки измѣнены, контуры клѣтокъ затушеваны, ядра не окрашиваются. Переходя къ периферіи, дольки клѣтокъ понемногу начинаютъ вырисовываться, доходя до ясно различимыхъ; тутъ ядра хорошо окрашиваются. Существуетъ постепенный переходъ отъ патологически измѣненныхъ клѣтокъ къ нормальнымъ. Въ отдѣльныхъ клѣточкахъ, особенно въ центрѣ, находятся жировыя капельки. Въ нѣкоторыхъ констатируется жировое и бѣлковое перерожденіе. Такимъ образомъ наблюдается картина некроза ткани. Въ клѣткахъ находится бурый пигментъ. Въ центрѣ дольки наблюдаются скопленія лимфоцитовъ. Глиссоновая капсула не измѣнена.

Таковой представляется картина какъ макро, такъ и микроскопическая. Картина является крайне характерной для тяжелаго страданія во время беременности острой атрофіи печени.

Просматривая доступную намъ литературу за послѣдніе 10 лѣтъ, намъ удалось убѣдиться, что описанныхъ случаевъ острой желтой атрофіи печени при беременности очень немного. Описывается это заболѣваніе какъ рѣдкое. При всѣхъ описаніяхъ исторій болѣзни намъ удалось найти одну и ту же сходную клиническую картину съ нашимъ случаемъ. Патолого-анатомическое обслѣдованіе во всѣхъ случаяхъ одинаково съ нашимъ. Нѣкоторое исключеніе въ картинѣ болѣзни въ нашемъ случаѣ будетъ отсутствіе желтухи, какъ одного

изъ характерныхъ признаковъ этого страданія. Однако этотъ признакъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ и отсутствовать, какъ это наблюдается у Williams'a Авторъ описываетъ въ краткихъ чертахъ случай, гдѣ была констатирована острая желтая атрофія печени, но о желтухѣ, какъ о бывшемъ въ данномъ случаѣ признаки онъ не говоритъ. Онъ наблюдалъ случай, который очень похожъ на нашъ. Больная къ нему поступила съ жалобами на рвоту, по поводу чего онъ произвелъ ей искусственный законный выкидышъ 3-хъ мѣсяцевъ. На 4-й день послѣ операціи послѣ 12-тичасового безсознательнаго состоянія больная скончалась, при чемъ на вскрытіи была констатирована острая желтая атрофія печени. Есть упоминаніе въ литературѣ, что желтуха можетъ быть выражена такъ слабо, что ее легко можно просмотрѣть. Есть такимъ образомъ извѣстный переходъ въ проявленіяхъ желтухи.

Въ виду тяжести страданія, высокаго процента смертности хочется заглянуть въ этіологію этого страданія по тѣмъ литературнымъ даннымъ, которыя имѣлись у насъ въ распоряженіи. Абсолютно вѣрной найденной причиной не можетъ похвалиться ни одинъ авторъ. Въ общемъ существуютъ два, такъ сказать, направленія въ этомъ отношеніи.

Нѣкоторые представители науки опредѣленно высказываются, что это есть острое инфекціонное заболѣваніе, которое обусловливается попаданіемъ въ кровь патогенныхъ микробовъ. И дѣйствительно, многіе авторы (Miclescu, Freund, Winckel) находили различныхъ микроорганизмовъ. Такъ въ крови были найдены: Streptococcus, staphilococcus aureus, bacterium coli. По мнѣнію этихъ авторовъ происходитъ интоксикація посредствомъ ядовъ этихъ бактерій, что даетъ тяжелую картину общаго отравленія организма. Эти яды губительно дѣйствуютъ на весь организмъ, а въ частности и на отдѣльные органы, изъ которыхъ больше всего поражаются печень и почки. Различные продукты разложенія приводятъ къ слабости эти органы и къ всасыванью произведенныхъ токсиновъ, чѣмъ особенно объясняются тѣ нервныя явленія, которыя наблюдаются при острой желтой атрофіи печени.

Само собою понятно, что организмъ, у котораго благодаря присутствію ядовъ всѣ функціи понижены, жизненная способность и сопротивляемость органовъ и тканей ничтожна, долженъ погибнуть (Miclescu). Интенсивность болѣзненныхъ явле-

ній зависитъ отъ тяжести инфекціи, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ острой желтой атрофіи печени, болѣзнь, начинаясь сразу тяжелыми явленіями, быстро ведетъ къ смерти.

Такъ представляется одинъ изъ взглядовъ на этіологію этого заболѣванія.

Другая группа авторовъ (Hofbauer, Wiliams, Schickele, Schauta, Серебренниковъ) придерживается другого взгляда на этіологію этого страданія. Описано не мало случаевъ, когда не находили никакихъ патогенныхъ микроорганизмовъ, когда кровь была совершенно стерильна, такъ что предполагать какой-нибудь другой процессъ, обусловленный присутствіемъ микробовъ въ крови, не было основаній. Картина же болѣзни и данныя аутопсіи были аналогичны съ тѣми данными, которыя характеризуютъ это тяжелое заболѣваніе при беременности.

Эти авторы считаютъ этотъ процессъ обусловленнымъ самоотравленіемъ организма собственными продуктами обмѣна безъ участія микроорганизмовъ при наличности стерильной крови.

Острая желтая атрофія печени является одной изъ формъ самоотравленія организма въ ряду другихъ страданій при беременности, какъ неукротимая рвота или эклямпсія.

Hofbauer говоритъ, что разстройства печени во время беременности, благодаря положенію печени въ организмѣ и ея роли въ обмѣнѣ веществъ, являются исходнымъ пунктомъ всего самоотравленія организма при беременности. Большая часть всѣхъ заболѣваній при беременности есть выраженіе общаго самоотравленія, общаго токсикоза при беременности. Въ этомъ отношеніи печень играетъ одну изъ важныхъ ролей въ организмѣ и важнѣйшую и самую частую причину этихъ заболѣваній: Wiliams признаетъ эту токсемію, особенно гепатогенную.

Какія токсическія вещества, каковы ихъ свойства, до сихъ поръ неизвѣстно, несмотря на то, что много въ этомъ отношеніи существуетъ работъ. Выработываются ли эти токсины матерью, или плодомъ, или обоими вмѣстѣ, до сихъ поръ неизвѣстно, но токсемія должна быть признана, какъ причина, вызывающая серьезныя поврежденія печени, какъ центральнаго органа (Schauta). Внѣшнія проявленія этого токсикоза могутъ быть въ самыхъ разнообразныхъ формахъ (Schickele). Эклямпсія, неукротимая рвота беременныхъ есть тоже

проявленія общаго токсикоза, какъ о томъ говорятъ литературныя данныя за послѣдніе 10 лѣтъ. Если это такъ, то явленія этого самоотравленія должны быть замѣтны на самыхъ разнообразныхъ органахъ, подвергшихся этому заболѣванію. Наиболѣе рѣзко эти явленія отражаются на печени, какъ на органѣ фильтрующемъ всѣ яды, находящіеся въ организмѣ. Duncan говоритъ, что есть извѣстная картина самоотравленія организма и такія заболѣванія какъ неукротимая рвота, острая желтая атрофія печени и эклямпсія не являются отдѣльными и независимо другъ отъ друга стоящими заболѣванія, а есть проявленія одного и того же токсикоза при беременности. Однимъ изъ наиболѣе существенныхъ признаковъ для посмертнаго діагноза эклямпсіи являются пораженія печени. И при острой желтой атрофіи печени, пораженія послѣдней служатъ замѣтнымъ признакомъ этого страданія, но, вѣроятно изъ этого нельзя заключить, что въ этомъ только и находится вся сущность болѣзни. Мы видимъ во всѣхъ случаяхъ рвоту, кровотеченіе, ослаблѣніе зрѣнія и психическія разстройства. Весь этотъ симптомокомплексъ хотѣлось бы назвать какимъ-нибудь общимъ наименованіемъ, потому что острая желтая атрофія печени указываетъ на одинъ изъ признаковъ этого общаго заболѣванія. Серебренниковъ признаетъ острую желтую атрофію печени, какъ проявленіе общаго самоотравленія организма.

Невольно напрашивается мысль, что гибельная неукротимая рвота беременныхъ, эклямпсія, острая желтая атрофія печени при беременности представляютъ собой въ разныхъ картинахъ явленія отравленія организма беременной женщины какимъ то неизвѣстнымъ ядомъ.

Нашъ случай со всей клинической его картиной быть можетъ есть проявленіе общаго токсикоза у беременной.

Какъ извѣстно острая желтая атрофія печени встрѣчается не только при беременности; такъ, напримѣръ, ее можно встрѣтить и при фосфорномъ отравленіи. Несмотря на то, что подобныя явленія бываютъ отъ разныхъ причинъ, то нельзя на основаніи одинаковости признаковъ говорить объ идентичности причинъ и надо вѣроятно считать, что острая желтая атрофія печени у беременной возможно происходитъ отъ отравленія токсинами, выработанными въ организмѣ женщины именно подъ вліяніемъ беременности. Въ нашемъ случаѣ можетъ быть беременность явилась возбудителемъ, причиной, толчкомъ къ этому страданію.

Такъ какъ это заболѣваніе является очень тяжелымъ и смертность при немъ велика, то предсказаніе будетъ конечно самое тяжелое, тѣмъ болѣе признаки этого страданія при жизни не всегда ясны и прижизненная діагностика въ нѣкоторыхъ случаяхъ страдаетъ неточностью, особенно въ раннемъ періодѣ болѣзни. Когда же появятся признаки нервныхъ разстройствъ, то предсказаніе еще болѣе ухудшается. Излѣченія отъ этого страданія наблюдаются рѣдко. Такъ по статистикѣ Le Moussau получилось 67% смертности (изъ 39 больныхъ выздоровѣло только 13, а остальныя погибли). Серебренниковъ на 5 случаевъ этого заболѣванія имѣетъ только одно выздоровленіе, что составляетъ 80% смертности.

При недостаточной освѣдомленности о причинахъ этого заболѣванія, конечно, трудно говорить о вполнѣ опредѣленномъ леченіи, которое являлось бы вполнѣ раціональнымъ и достаточнымъ. Единственнымъ методомъ, и то не всегда быть можетъ приносящимъ существенную пользу, будетъ искусственное прерываніе беременности. Нельзя не согласиться съ Miclescu, который говоритъ объ этомъ леченіи, какъ о единственномъ раціональномъ способѣ при этомъ страданіи. Прерываніе беременности въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ спасти женщину.

Источники.

1. Серебренниковъ—Диссертація.
2. Соловьевъ—Отчетъ Акушерской Клиники И. М. У. за 1904 г.
3. Пастика—Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней. 1909 г.
4. Меркульевъ—Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней 1908 г.
5. Бурдзинскій—Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней 1905 г.
6. Лисянскій—Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней 1903 г.
7. Veldeu—Zentralbl. f. Gyn. 1905 г. № 49.
8. Williams - Zentralbl. f. Gyn. 1906 г. № 14.
9. Milescu Miclescu—Zentralbl. f. Gyn. 1901 г. № 37.
10. Hofbauer-- Zeitschrif. f. Gyn. n. G. Bd. 61.
11. Schickele—Arch. f G. Bd. 92.

---

akusher-lib.ru

Къ вопросу о выскабливаніи пуэрперальной матки.

Н. А. Цовьяновъ.

Ординаторъ Московской Акушерской Клиники.

Однимъ изъ самыхъ трудныхъ вопросовъ въ акушерствѣ, я не ошибусь, если скажу, является вопросъ о леченіи послѣродовыхъ заболѣваній.

Раціональность нѣкоторыхъ методовъ леченія и до сихъ поръ остается еще неразрѣшенной. Сказанное вполнѣ можетъ относиться къ вопросу о леченіи нѣкоторыхъ формъ пуэрперальныхъ страданій выскабливаніемъ.

Если прослѣдить исторію возникновенія этого способа леченія, то мы увидимъ, что способъ этотъ пропагандировался большими авторитетами прошлаго столѣтія. Если принять также въ соображеніе тѣ хорошіе, я не говорю превосходные результаты, получаемые нѣкоторыми авторами въ случаяхъ пуэрперальныхъ страданій, то станетъ понятнымъ, почему вопросъ этотъ такъ тормозится въ своемъ опредѣленномъ разрѣшеніи.

Нѣкоторые акушеры въ этомъ методѣ леченія видятъ единственное, послѣднее радикальное средство и рѣдко приходится имъ въ этомъ раскаиваться.

Еще старыми акушерами устанавливались показанія и противопоказанія къ производству этой операціи. Вопросъ этотъ не разъ поднимался въ текущей литературѣ и дебатировался на акушерско-гинекологическихъ конгрессахъ.

Просматривая литературу по данному вопросу, мы видимъ, что англійская и американская школы являются защитниками этого метода леченія. Къ нимъ примыкаетъ французская, а также итальянская школы. Нѣмецкая школа наоборотъ придерживается строгаго консерватизма.

Акушерская школа въ Россіи, за нѣкоторыми исключеніями, примыкаетъ къ нѣмецкой.

akusher-lib.ru

Авторы, отстаивающіе методъ кюретажа при леченіи послѣродовыхъ страданій, сильно расходятся въ своихъ показаніяхъ къ данной операціи.

Самую большую группу представляютъ авторы, допускающіе кюретажъ, какъ при задержаніи въ маточной полости составныхъ частей плоднаго яйца при наступившемъ уже повышеніи t°, такъ и при пуэрперальныхъ эндометритахъ въ ней.

Къ другой категоріи относятся авторы, признающіе методъ кюретажа умѣстнымъ лишь при путридныхъ (сапремическихъ) формахъ эндометритовъ.

Наконецъ къ третей категоріи принадлежатъ авторы, допускающіе кюретажъ при септическихъ эндометритахъ. Нѣтъ единства взгляда также и въ выборѣ времени дня операціи. Между тѣмъ какъ одни находятъ нужнымъ выскабливать матку вслѣдъ за первымъ повышеніемъ t° при наличности эндометрита, другіе устанавливаютъ различные сроки. Нѣкоторые допускаютъ выскабливаніе не ранѣе 3-го дня послѣродового заболѣванія и не позднѣе 7 дня со времени окончанія родовъ; а другіе наоборотъ находятъ возможнымъ производить эту операцію и на 20-ый день.

Между тѣмъ какъ одни допускаютъ однократное выскабливаніе матки—другіе горячо рекомендуютъ повторное выскабливаніе, если послѣ перваго выскабливанія не получается достаточнаго эффекта.

Огромное большинство авторовъ комбинируютъ кюретажъ съ промываніями полости матки различными дезинфецирующими средствами какъ до, такъ и послѣ операціи.

Противники метода кюретажа указываютъ на рядъ могущихъ быть при этомъ осложненій.

1) возможности поврежденія демаркаціоннаго слоя и какъ послѣдствіе этого наступленія общаго инфекціоннаго заболѣванія.

2) возможности травматическаго поврежденія матки, включительно до ея перфораціи.

3) возможности поступленія воздуха въ вены матки и послѣдующей эмболіи легочной артеріи.

4) отсутствію увѣренности въ полномъ удаленіи инфецированнаго матеріала.

5) возможности наступленія сильныхъ атоническихъ кровотеченій.

Я не буду подробно останавливаться на всѣхъ авторахъ, сообщавшихъ свои единичныя наблюденія. Упомяну лишь, что въ доступной мнѣ какъ русской, такъ и иностранной литературѣ такія насчитываются сотнями. Ограничусь только упоминаніемъ нѣкоторыхъ авторовъ и наблюденіями представителей отдѣльныхъ клиникъ.

Въ 1850 году Recamier впервые повидимому примѣнилъ кюретажъ послѣродовой матки. Имъ же былъ впервые предложенъ инструментъ, который былъ названъ имъ „un gorgette-curette à cul-de-sac".

Въ одномъ случаѣ онъ съ успѣхомъ примѣнилъ этотъ инструментъ при удаленіи оставшихся въ маткѣ частей плацентарной ткани, а въ другомъ случаѣ при endometritis post partum.

Спустя 20 лѣтъ Noeggerath уже является защитникомъ кюретажа при удаленіи задержанныхъ въ маткѣ остатковъ плацентарной ткани и при септическихъ процессахъ въ ней.

Въ 1882 году Weckbecknr-Sternefeld совѣтовалъ употреблять выскабливаніе острой ложечкой въ начальномъ періодѣ послѣродового эпедометрита и при задержкѣ въ маткѣ кусковъ плацентарной ткани.

Въ 1886 году Doleris выступилъ горячимъ защитникомъ кюретажа при задержаніи въ маткѣ остатковъ плацентарной ткани.

Champetier de Ribes, Pozzi, Braun v. Fernwald и Цимковскій рекомендовали выскабливаніе при септическомъ эндометритѣ.

Braun v. Fernwald, исходя изъ той точки зрѣнія, что при выскабливаніи сразу удаляется гнилостный фокусъ, горячо рекомендовалъ при всѣхъ упорныхъ случаяхъ эндометритовъ, пока еще не началось общее заболѣваніе организма, выскабливать, потомъ смазывать полость матки t-ra iodi и тампонировать; онъ описываетъ 101 случай эндометрита, лѣченные по этому способу; благопріятный результатъ получился въ 96 случаяхъ, безъ успѣха же осталось леченіе въ 5 случаяхъ, при чемъ въ трехъ изъ нихъ къ выскабливанію было приступлено уже при явленіяхъ септицеміи.

Charier высказалъ тотъ взглядъ, что кюретажъ, примѣненный какъ можно раньше для удаленія остатковъ плоднаго яйца, въ будущемъ устраняетъ послѣдующія заболѣванія какъ-то: Subinvolutio uteri, metritis, relroflexio etc,

v. Weiss, приводя 86 случаевъ изъ клиники Braun v. Fernwald, дѣлаетъ тотъ выводъ, что кюретажъ является безусловно дѣйствительнымъ средствомъ и безопаснымъ при путридныхъ формахъ эндометритовъ. При септическихъ эндометритахъ онъ допускаетъ примѣненіе кюретажа лишь послѣ недѣйствительности другихъ методовъ леченія.

Prior (1892 г.) высказывался за кюретажъ при септическихъ эндометритахъ; въ этомъ леченіи онъ видитъ хирургическій принципъ леченія путемъ удаленія инфецированнаго начала изъ полости матки.

Budin, будучи противникомъ этого метода леченія, однако прибѣгалъ къ нему, когда другіе методы леченія оказывались недостаточными.

Reynold (1894 г.) примѣнялъ кюретажъ во всѣхъ случаяхъ пуэперальныхъ эндометритовъ и при тѣхъ случаяхъ септическаго эндометрита, гдѣ еще нѣтъ общей инфекціи организма. Результаты получались весьма благопріятные съ 0% смертности. При общей же инфекціи организма результаты получались не столь благопріятные, но все же не противопоказуютъ его примѣненія, такъ какъ иногда, казалось, безнадежные случаи оканчивались выздоровленіемъ. Онъ считаетъ этотъ способъ вполнѣ безопаснымъ, если примѣнять тупую ложечку.

Подробному обсужденію вопросъ этотъ подвергся въ 1895 г. на конгрессѣ въ Бордо, при чемъ мнѣнія врачей раздѣлились:

Одни считали операцію при тяжелыхъ заболѣваніяхъ уже безполезной и во всякомъ случаѣ опасной, въ виду возможности произвести перфорацію матки. Другіе горячо отстаивали ея преимущества. Предсѣдатель же конгресса проф. Tarnier, на основаніи преній, сдѣлалъ тотъ выводъ, что въ случаяхъ упорнаго послѣродового эндометрита, выскабливаніе матки является наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ, не нужно только прибѣгать къ нему ужъ слишкомъ поздно. Выскабливая матку, мы поступаемъ почти также, какъ и хирурги, когда имъ приходится лечить раны, покрытыя налетомъ.

Къ этому времени относятся случаи, наблюдавшіеся Н. К. Ивановымъ въ нашей акушерской клиникѣ. На основаніи своихъ случаевъ, авторъ допускаетъ выскабливаніе не только

при послѣродовыхъ эндометритахъ, возникающихъ вслѣдствіе задержки частей плаценты или плодныхъ оболочекъ, но и при септическихъ эндометритахъ въ нихъ, при условіи прибѣгать къ этой операціи возможно раньше, когда еще нѣтъ признаковъ общаго зараженія организма.

Г. А. Соловьевъ, сравнивая результаты консервативнаго леченія, примѣняемые до того времени въ клиникѣ, высказывается за кюретажъ при глубокихъ пораженіяхъ эндометрія, допуская даже повторное выскабливаніе. Въ случаяхъ описанныхъ имъ, онъ производилъ эту операцію до 3-хъ разъ у одной и той же больной съ благопріятнымъ результатомъ. Въ другомъ случаѣ, какъ осложненіе данной операціи, приводится наступившій на 3-ій день инфарктъ легкаго, правда, окончившійся благополучно для больной.

По мнѣнію Lewis, при локализаціи процесса въ эндометріи, для удаленія остатковъ плоднаго яйца, необходимо употреблять тупую ложечку, чтобы не разрушать лейкоциторной зоны; при переходѣ же процесса за эндометрій, необходимо употреблять острую ложечку.

Lea видитъ въ кюретажѣ средство, купирующее процессъ. Примѣненный какъ можно раньше, онъ даже при очень вирулентной инфекціи, даетъ положительный результатъ, при отсутствіи эффекта, рекомендуетъ повторное выскабливаніе.

Горячимъ защитникомъ кюретажа при септическихъ эндометритахъ выступилъ Prior. Въ доказательство онъ приводитъ 14 случаевъ септическаго эндометрита, діагнозъ которыхъ былъ установленъ бактеріологически.

La Torre, на основаніи клиническихъ наблюденій, приходитъ къ заключенію, что при пуэрперальной инфекціи кюретажъ необходимо примѣнять larga manu, въ особенности при задержаніи составныхъ частей плоднаго яйца. Онъ рекомендуетъ энергичное, при необходимости, даже повторное выскабливаніе.

Henry совѣтуетъ во всѣхъ случаяхъ послѣродовой лихорадки, не ожидая данныхъ бактеріологическаго изслѣдованія, удалять кровяные сгустки, остатки deciduae съ помощью пальца, кюретки и промывать матку, прижигать 95% растворомъ карболовой кислоты всѣ налеты на шейкѣ, влагалищѣ, вульвѣ и дренировать матку и влагалище.

Higgins, одинъ изъ опытныхъ бостонскихъ гинекологовъ, высказывается за выскабливаніе матки при послѣродовыхъ

лихорадкахъ, принимая во вниманіе хорошіе результаты, получаемые, когда инфекція еще имѣетъ мѣстный характеръ.

Doleris видитъ въ кюретажѣ единственный правильный методъ леченія и рекомендуетъ примѣнять его при первомъ повышеніи t°. По его наблюденіямъ результаты бываютъ всегда благопріятные вслѣдствіе того, что процессъ бываетъ еще въ предѣлахъ децидуальной оболочки.

На 4-омъ интернаціональномъ конгрессѣ акушеровъ и гинекологовъ въ Римѣ, (1902 г.), многіе высказывались за кюретажъ при септическихъ формахъ эндометритовъ и среди нихъ Torre, который даже продемонстрировалъ больную, которой онъ примѣнилъ эту операцію 15 разъ и 4-хъ больныхъ, которымъ выскабливаніе было примѣнено 6 разъ до полнаго выздоровленія.

За кюретажъ при септическихъ эндометритахъ, въ виду недостаточности иныхъ методовъ леченія, высказались на основаніи статистическихъ данныхъ и личныхъ наблюденій Doleris и Pichevin.

По мнѣнію послѣдняго, раннее выскабливаніе предотвращаетъ распространеніе процесса и гарантируетъ болѣе быстрое выздоровленіе.

Picque, на основаніи клиническаго наблюденія надъ матеріаломъ Hôpital Bichat, приходитъ къ аналогичнымъ выводамъ.

Doleris, Champetier de Ribes высказывались противъ поздняго выскабливанія при септическихъ процессахъ въ маткѣ.

Особаго мнѣнія на этотъ счетъ держится Pozzi, допуская выскабливаніе во всякое время, смотря по показаніямъ, и онъ считаетъ, что лучше лишній разъ сдѣлать выскабливаніе, чѣмъ не сдѣлать нужнаго.

Мироновъ (1907 г.), исходя изъ того соображенія, что въ первое время нерѣдко мы не можемъ рѣшить съ какой инфекціей мы имѣемъ дѣло, примѣняетъ въ началѣ послѣродового заболѣванія основательное выскабливаніе матки широкой кюреткой съ послѣдующимъ промываніемъ.

Въ 1908 году Ширшовъ опубликовалъ 84 случая леченія пуэрперальныхъ страданій выскабливаніемъ съ 0% смертности.

Въ числѣ указанныхъ 84-хъ случаяхъ, въ 40 случаяхъ наблюдалась чистая бациллярная инфекція; въ 23 случаяхъ— смѣшанная и бациллярно-стрептококковая инфекція и въ 21-омъ случаѣ—чистая стрептококковая инфекція.

Наилучшій эффектъ, полученный послѣ примѣненія кюретажа, наблюдался въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ данный методъ примѣнялся на 3-ій день послѣ перваго повышенія температуры, послѣ предварительнаго промыванія полости матки дезинфецирующимъ растворомъ.

На основаніи проведенныхъ имъ случаевъ, авторъ считаетъ, что примѣненіе его на практикѣ должно быть значительно расширено.

На послѣднемъ 13-мъ съѣздѣ Нѣмецкаго Гинекологическаго Общества, состоявшемся въ Страссбургѣ 2—5 іюня 1909 года, былъ поставленъ вопросъ о леченіи послѣродовыхъ заразныхъ, resp. септическихъ заболѣваній.

Проф. Winter (Кенигсбергъ) коснулся вопроса о мѣстномъ леченіи послѣродовыхъ заболѣваній и способа предупрежденія перехода мѣстнаго заболѣванія въ общій.

Онъ указалъ, что цѣль мѣстнаго леченія должна состоять во 1-хъ въ томъ, чтобы удалить бактеріи съ ихъ продуктами обмѣна и со всѣми питательными средами, и во 2-хъ тамъ, гдѣ бактеріи уже проникли въ ткань, попытаться уничтожить ихъ, или, по меньшей мѣрѣ, задержать ихъ развитіе.

Для достиженія означенной цѣли, авторъ приводитъ всѣ извѣстные методы леченія—включительно до выскабливанія полости матки для удаленія задержанныхъ частей отпадающей оболочки и плаценты.

Разбирая всѣ методы леченія, основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ и опираясь на литературныя данныя, Winter высказывается за строгій консерватизмъ.

По его заключенію, простая лихорадка отъ всасыванія проходитъ сама, когда отойдетъ распадающаяся ткань и образуется демаркаціонный слой. Лишь при наличности тяжелыхъ интоксикаціонныхъ явленій, показуется ихъ удаленіе, путемъ осторожнаго промыванія.

Въ особенности же авторъ совѣтуетъ быть консервативнымъ, когда лихорадка отъ всасыванія осложняется задержкой частей яйцевыхъ оболочекъ или плаценты.

Удаленіе ихъ должно производиться въ исключительныхъ случаяхъ и съ величайшей осторожностью, такъ какъ вмѣсто пользы, можно принести вредъ, благодаря разрушенію демаркаціоннаго слоя.

akusher-lib.ru

Winter, на основаніи своего клиническаго матеріала, нашелъ, что самопроизвольное выхожденіе куска плаценты безопаснѣе, чѣмъ ручное его отдѣленіе; и поэтому, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ это возможно, нужно стремиться къ этому. Можно спокойно выжидать, если нѣтъ кровотеченія или оно незначительно и если отсутствуютъ тяжелыя явленія интоксикаціи.

При несомнѣнно существующей инфекціи, напротивъ, слѣдуетъ воздержаться отъ активнаго вмѣшательства.

Къ этимъ выводамъ Winter приходитъ на основаніи 15 случаевъ задержки куска послѣда, при удаленіи которыхъ, наступили серьезныя разстройства, а именно: въ 7-ми случаяхъ наблюдалась легкая и тяжелая форма резорбціонной лихорадки, 4 раза параметритъ и 4 раза піэмія, причемъ въ 2-хъ случаяхъ дѣло окончилось смертью.

Изъ этого слѣдуетъ, что съ удаленіемъ застрявшихъ частей послѣда послѣ нормальныхъ родовъ не слѣдуетъ спѣшить, если нѣтъ сильнаго кровотеченія.

Fromme считаетъ, что стремленіе удалить гніющую децидуу и создать такимъ образомъ благопріятныя условія теоретически вполнѣ правильно, но дѣло въ томъ, что никогда нельзя удалить одну лишь эту массу, безъ поврежденія здоровой ткани.

При задержаніи въ полости матки оболочекъ, ихъ слѣдуетъ удалять лишь тогда, когда они торчатъ изъ наружнаго маточнаго зѣва и видны при осмотрѣ шейки зеркалами. Но, для удаленія ихъ, никогда не слѣдуетъ входить въ матку даже пальцемъ. Правда, температура при этомъ держится нѣсколько дольше, чѣмъ при отхожденіи deciduae. Иначе онъ совѣтуетъ поступать при задержаніи частей послѣда. Тогда температура держится до тѣхъ поръ, пока мертвая питательная среда остается въ маткѣ и поэтому здѣсь естественно стараться прекратить лихорадку ручнымъ удаленіемъ задержаннаго куска.

Въ Германіи наиболѣе вліятельное мнѣніе, представленное Fritsch'емъ, Olshausen'омъ, Fehling'омъ, Leopold'омъ, Kronig'омъ и другими высказывалось нѣсколько лѣтъ противъ рутиннаго примѣненія этой операціи.

Наблюденія Bumm'a и др., надъ изученіемъ микроскопической картины послѣродовыхъ эндометритовъ, показало способность защитительнаго слоя, состоящаго изъ лейкоцитовъ,

препятствовать внѣдренію бактерій въ глубь ткани. Обстоятельство это имѣло огромное вліяніе въ смыслѣ реакціи противъ употребленія кюретки, въ виду того, что этотъ инструментъ долженъ неизбѣжно нарушать этотъ защитительный слой.

Область полезнаго примѣненія и опасности отъ кюретки должна быть опредѣлена на основаніи клиническихъ результатовъ и съ этой точки зрѣнія весьма вѣроятно, что кюретка можетъ быть чрезвычайно опасной.

Bumm заявляетъ, что онъ наблюдалъ піэмію вслѣдъ за операціей (выскабливанія) при септическомъ эндометритѣ; въ другихъ случаяхъ онъ наблюдалъ быстро развивающійся смертельный перитонитъ и, по его мнѣнію, это нужно было всецѣло приписать примѣненію кюретки.

Сходные взгляды были высказаны большинствомъ нѣмецкихъ акушеровъ и формулированы von Herf'омъ кратко слѣдующимъ образомъ: „кюретка болѣе вредна, чѣмъ полезна: лучше ея избѣгать особенно при стрептококковой инфекціи; въ исключительныхъ случаяхъ она можетъ быть полезна для удаленія остатковъ разлагающейся deciduae и кровяныхъ сгустковъ, но ея нельзя примѣнять для отдѣленія остатковъ плацентарной ткани, что лучше дѣлать пальцемъ".

Въ послѣднемъ англійскомъ руководствѣ о послѣродовыхъ заболѣваніяхъ Arnold'a w. w. Lea мы находимъ слѣдующія строки:

„Нѣтъ сомнѣнія, что въ опытныхъ рукахъ кюретажъ самый дѣйствительный методъ, которымъ мы всегда можемъ освободить матку отъ задержавшихся въ ней тканей и инфицированной deciduae.

Его примѣненіе, тѣмъ не менѣе, сопряжено съ рискомъ увеличенія инфекціи, и поэтому нѣкоторые авторы смотрятъ на кюретку, какъ на опасный инструментъ".

Georghin опубликовалъ 395 случаевъ кюретажа съ 4,3% смертности, а Jeannin на 231 случай имѣлъ 7,7% смертности.

Большинство англійскихъ авторовъ являются противниками метода кюретажа, а примѣненіе тупой кюретки допускаютъ Galabin, Jellett, Eden и др..

Gordon за нѣсколько послѣднихъ лѣтъ опубликовалъ серію случаевъ рѣзкой инфекціи матки, при которой былъ примѣненъ кюретажъ съ послѣдующимъ примѣненіемъ такого сильнаго дизинфецирующаго средства, какъ „izal" и марлевой

тампонаціи и, тѣмъ не менѣе, смертность достигала 20%. Нужно замѣтить, что это леченіе было примѣнено слишкомъ поздно. Опытъ Gordon'a достигаетъ 250 случаевъ. Въ 79 случаяхъ, гдѣ примѣнялось внутриматочное леченіе и впрыскиваніе антистрептококковой сыворотки, % смертности достигалъ 46. Съ тѣхъ поръ, какъ примѣнялся кюретажъ, на 129 случаевъ смертность упала до 24%.

Онъ говоритъ, что его результаты доказываютъ, что симптоматическое леченіе должно быть оставлено и замѣнено активной дезинфекціей матки.

Sinclair былъ всегда большимъ сторонникомъ примѣненія кюретки, но съ примѣненіемъ дезинфекціи полости матки и онъ главное значеніе приписываетъ послѣдующимъ примѣненіямъ антисептическихъ средствъ.

Въ Америкѣ также нѣтъ единства мнѣнія.

Hirst и Norris защищаютъ активную дезинфекцію съ примѣненіемъ кюретки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ полости матки имѣются остатки. Съ другой стороны Whitridge Williams, Edgar, Cragin, Noble и др. высказываются вообще противъ этого инструмента.

Lea, несмотря на возраженія, которыя можно сдѣлать при примѣненіи кюретки, находитъ однако, что примѣненіе широкой кюретки можетъ оказать большія услуги.

Кюретажъ можетъ быть оставленъ для тѣхъ случаевъ, когда задержанныя части не могутъ быть удалены рукой.

Подводя итоги всему сказанному, нельзя не отмѣтить склонность большинства авторовъ, въ особенности за послѣднее время, ограничить область примѣненія кюретки. За исключеніемъ нѣкоторыхъ нѣмецкихъ авторовъ, допускающихъ кюретажъ только при существующихъ кровотеченіяхъ, другіе все-же прибѣгаютъ къ нему въ исключительныхъ случаяхъ при задержаніи въ маткѣ остатковъ плоднаго яйца и децидуальныхъ оболочекъ.

Поэтому теперь трудно бываетъ подчасъ рѣшить, какъ поступать въ отдѣльныхъ случаяхъ, при наступившемъ уже послѣродовомъ заболѣваніи.

Изъ длиннаго перечня авторовъ мы видѣли, что кюретажъ, примѣненный какъ можно раньше, въ особенности при задержаніи въ маткѣ остатковъ плоднаго яйца, даетъ положительный результатъ.

akushergalib.ru

Съ другой стороны другіе указываютъ, что простая лихорадка отъ всасыванія можетъ пройти сама собой, когда отойдетъ разлагающаяся децидуальная ткань.

Расчитывая всецѣло на цѣлительныя силы организма, мы съ другой стороны упускаемъ время для ранняго производства операціи выскабливанія, которое, по наблюденіямъ большинства авторовъ, только и даетъ почти всегда положительный результатъ.

Fromme, на основаніи предложеннаго имъ способа—переноса лохіальнаго секрета въ различныя смѣси бульона съ лецитиномъ, пытался опредѣлить степень вирулентности какъ собственнаго, такъ и чуждаго гемолитическаго стрептококка, и въ зависимости отъ полученныхъ результатовъ, дѣлать предсказаніе и выводить показаніе къ той или иной операціи.

Но эта попытка, какъ показали изслѣдованія заграничныхъ клиникъ, такъ и нашей акушерской, къ сожалѣнію, не подтвердили безусловной вѣрности этого способа.

Дѣлались также попытки опредѣлять степень сопротивляемости даннаго организма къ инфекціи; такъ какъ при всякой инфекціи лейкоциты поглощаютъ и быть можетъ уничтожаютъ возбудителей инфекціи, то они и послужили исходной точкой Wrigtt'у въ его теоріи сопротивляемости организма. Wrigtt считалъ, что однихъ лейкоцитовъ еще недостаточно, что необходимо присутствіе въ крови сыворотки, дѣлающей лейкоцитовъ способными къ поглощенію бактерій. Эти вещества сыворотки Wrigtt предложилъ назвать опсонинами.

Но работы авторовъ, занимавшихся въ послѣднее время этимъ вопросомъ (Heynemann и Barth, Much и Zöppritz, E. Martin) показали, что при родильной горячкѣ опредѣленіе опсониновъ въ крови не можетъ дать никакой точки опоры для постановки предсказанія.

Морфологическое изслѣдованіе крови не оправдало тѣхъ надеждъ, которыя возлагались на него въ смыслѣ полученія возможности ставить вѣрный прогнозъ. Констатированіе Arneth'овской картины крови также нисколько не помогло постановкѣ предсказанія при родильной горячкѣ.

Итакъ, бактеріологическое изслѣдованіе этого вопроса, несмотря на многочисленныя работы, къ сожалѣнію, не дали безусловно вѣрныхъ указаній, чтобы по нимъ можно было подойти къ рѣшенію вопроса о терапіи. И теперь мы, какъ и

прежде, при развертывающейся грозной картинѣ септическаго заболѣванія въ сущности безпомощны и прибѣгаемъ къ различнымъ мѣрамъ безъ особой вѣры въ ихъ дѣйствительность, надѣясь больше на цѣлительныя силы организма. А разъ это такъ, то удаляя изъ матки гніющія массы при первомъ повышеніи температуры, мы создаемъ для организма условія болѣе благопріятныя для успѣшной борьбы съ внѣдряющейся инфекціей.

Приведенные ниже случаи показываютъ, что кюретажъ, примѣненный въ извѣстномъ рядѣ случаевъ по показаніямъ мѣстнаго характера, можетъ принести несомнѣнную пользу.

Если кюретажъ считать операціей болѣе вредной, чѣмъ полезной, то какъ объяснить то критическое паденіе t°, наступающее непосредственно вслѣдъ за произведенной операціей!

И если иногда результаты отъ операціи получаются не столь благопріятные, то, быть можетъ, въ этомъ повинна не столько сама операція, сколько наши несовершенные методы изслѣдованія, устанавливающіе показаніе къ данной операціи.

Бактеріологическое изслѣдованіе цѣлаго ряда случаевъ, въ которыхъ былъ обнаруженъ стрептококкъ и тѣмъ не менѣе была произведена операція выскабливанія съ несомнѣнной пользой для больныхъ, указываетъ, что присутствіе стрептококка въ лохіальномъ секретѣ въ начальныхъ стадіяхъ заболѣванія не можетъ еще служить противопоказаніемъ къ производству этой операціи.

Полагая, что вопросъ о послѣродовомъ выскабливаніи не можетъ еще считаться окончательно разрѣшеннымъ и поэтому каждое клиническое наблюденіе можетъ имѣть извѣстное значеніе въ разрѣшеніи этого спорнаго вопроса, мы считаемъ не лишнимъ опубликовать свои случаи, наблюдавшіеся въ Московской Акушерской клиникѣ.

За послѣднее трехлѣтіе (1911—1913 г.) въ Акушерской клиникѣ было произведено послѣродовое выскабливаніе въ 17 случаяхъ.

Показаніемъ къ производству операціи служило главнымъ образомъ повышеніе t° при наличности существованія въ маткѣ остатковъ плоднаго яйца или разросшихся децидуальныхъ оболочекъ.

Въ нашихъ случаяхъ мы придерживались того взгляда, что кюретажъ, произведенный какъ можно раньше, по возмож-

ности послѣ перваго значительнаго повышенія температуры, при существованіи показанія со стороны матки, долженъ принести извѣстную пользу.

Такъ какъ результаты бактеріологическаго изслѣдованія каждаго случая не могло служить, какъ показали наблюденія нѣкоторыхъ авторовъ, показаніемъ или противопоказаніемъ къ производству этой операціи, то, мы не дожидаясь результатовъ этого изслѣдованія, предпринимали операцію, если къ ней не было противопоказаній (воспалительное состояніе придатковъ и околоматочной клѣтчатки).

Бактеріологическое изслѣдованіе случаевъ служило только дополненіемъ къ клиническому обслѣдованію больныхъ.

Переходя къ описанію нашихъ случаевъ, мы видимъ, что отъ такого способа леченія, мы въ нашихъ, правда, немногочисленныхъ случаяхъ, получили 0% смертности. Выскабливаніе производилось, какъ видно изъ приведенныхъ ниже исторій болѣзней, въ большинствѣ случаевъ на 3—4 день при высокихъ температурахъ, когда именно начинаются самыя опасныя въ послѣродовомъ періодѣ заболѣванія. Правда, быть можетъ въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ температура и безъ всякаго оперативнаго пособія могла сама собой опуститься, но угадать заранѣе, что ждетъ больную впереди при первомъ повышеніи температуры пока, къ сожалѣнію, не въ нашей власти.

Опасности, сопряженныя съ этимъ методомъ, не столь велики, если, какъ объ этомъ заявляютъ множество авторовъ, прибѣгать къ ней при начальныхъ формахъ заболѣванія.

Опасеніе, что выскабливаніемъ мы повреждаемъ демаркаціонный слой и этимъ способствуемъ переходу мѣстнаго заболѣванія въ общее, на практикѣ не всегда оправдывается.

Случай, приведенный Torre, гдѣ онъ производилъ эту операцію до 15 разъ на одной и той же больной и случаи другихъ авторовъ, допускающихъ повторное выскабливаніе до окончательнаго паденія температуры показываютъ, что организмъ человѣческій обладаетъ большимъ запасомъ защитительныхъ силъ, не нужно только отягощать его быть можетъ иногда непосильной работой.

Среди указанныхъ выше 17 случаевъ первородящихъ было 3, многородящихъ 14. Въ большинствѣ случаевъ операція была произведена при первомъ повышеніи температуры. Такихъ случаевъ было 11: №№ 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14 и 16.

При второмъ повышеніи температуры выскабливаніе было произведено два раза: №№ 15 и 17. При третьемъ повышеніи температуры—два раза: №№ 5 и 13. При четвертомъ повышеніи t°—одинъ разъ № 10. При седьмомъ повышеніи—одинъ разъ № 4.

На второй день послѣродового періода выскабливаніе было произведено одинъ разъ № 9; на третій день четыре раза: №№ 3, 14, 16 и 17; на четвертый день шесть разъ: №№ 5, 6, 8, 11, 12 и 15; на шестой день—два раза: №№ 7 и 13; на седьмой день—два раза: №№ 1 и 2; на восьмой день одинъ разъ № 10; на одиннадцатый день одинъ разъ № 4.

Знобовъ—до операціи было въ шести случаяхъ: №№ 2, 5, 8, 11, 13 и 17. Знобовъ послѣ операціи въ одномъ случаѣ № 13.

Паденіе температуры къ концу первыхъ сутокъ въ случаяхъ, гдѣ къ операціи было приступлено при первомъ повышеніи температуры, было восемь: №№ 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12.

Паденіе температуры непосредственно послѣ выскабливанія наблюдалось въ трехъ случаяхъ: №№ 3, 7, 16. Паденіе температуры къ концу вторыхъ сутокъ—въ одномъ случаѣ № 14.

Въ случаяхъ, гдѣ выскабливаніе было произведено при 2-омъ повышеніи температуры было два: №№ 15 и 17; въ обоихъ случаяхъ температура пала въ первыя сутки вслѣдъ за выскабливаніемъ.

Выскабливаній, произведенныхъ при 3-емъ повышеніи температуры, было 2: №№ 5 и 13; въ первомъ случаѣ температура пала въ первый же день, во второмъ случаѣ на 4-ый день. При четвертомъ повышеніи t° выскабливаніе было произведено два раза: № 1 и 10; паденіе температуры въ первомъ случаѣ на 1-ый день, во второмъ—къ концу 2-ыхъ сутокъ.

Изъ этого обзора видно, что чаще всего выскабливаніе производилось на 3-ій и 4-ый день послѣродового періода (8 разъ) и при этомъ больше всего при первомъ повышеніи температуры. Въ 15-ти случаяхъ операція принесла несомнѣнную пользу; въ одномъ случаѣ относительную № 13 и въ одномъ случаѣ № 4 температура какъ до, такъ и послѣ операціи колебалась въ прежнихъ предѣлахъ.

Повышеніе температуры вслѣдъ за операціей наблюдалось въ 4-хъ случаяхъ—№№ 3, 7, 14, 16.

Среди осложненій во время операціи въ одномъ случаѣ наблюдался шокъ № 4 и атоническое кровотеченіе въ случаѣ № 13.

Во всѣхъ случаяхъ операція производилась безъ наркоза.

Удаляемыя изъ матки массы представляли разложившіеся кровяные сгустки, смѣшанные съ децидуальною тканью, а иногда и съ обрывками оболочекъ.

Прежде чѣмъ приступить къ операціи, всякую лихорадящую больную, значительное повышеніе температуры которой могло предвѣщать начало серьёзнаго послѣродового заболѣванія, мы при первомъ повышеніи температуры осматривали влагалище и шейку матки.

Если повышеніе t^0 могло было быть поставлено въ связь съ данными, найденными во влагалищѣ или шейкѣ матки ввидѣ ли сильныхъ эррозій, налетовъ на шейкѣ или во влагалищѣ, то все леченіе наше ограничивалось примѣненіемъ сильныхъ дезинфецирующихъ средствъ какъ t^{ra} iodi per se или же ему предшествовало очищеніе даннаго участка H_2O_2. Такая мѣстная терапія нами была примѣняема 2 раза въ день.

И въ большинствѣ случаевъ, гдѣ повышеніе температуры могло быть поставлено въ связь съ означенными измѣненіями подобная терапія въ огромномъ большинствѣ случаевъ оказывалась достаточной, если къ ней прибѣгали тотчасъ послѣ повышенія температуры.

Отсутствіе означенныхъ измѣненій, давало намъ поводъ обслѣдовать матку бимануально. Если изслѣдующій палецъ обнаруживалъ недостаточное для даннаго дня послѣродового періода закрытіе внутренняго маточнаго зѣва,что обычно стояло въ связи съ присутствіемъ въ маточной полости сгустковъ крови, остатковъ плоднаго яйца или разросшейся deciduae, то въ этомъ обстоятельствѣ мы видѣли показаніе къ опорожненію полости матки.

Выскабливаніе производилось нами при помощи зеркалъ. Обнажалась влагалищная часть и тамъ, гдѣ это было возможно, избѣгалось захватываніе шейки матки щипцами Мюзо, чтобы не производить лишней травмы. Наружная рука, положенная на дно матки, черезъ брюшные покровы контролировала дѣйствіе внутренней ложечки.

Кюретажъ производился тупой ложечкой Recamier, модели Leiter'a № 3.

akusher-lib.ru

По нашему заказу фирма Швабэ дѣлала ихъ на 10 сант. длиннѣе ихъ обычнаго размѣра, что облегчало выскабливаніе самыхъ отдаленныхъ участковъ матки.

Вслѣдъ за выскабливаніемъ матка промывалась растворомъ іода, обсушивалась ватой или марлей, густо смазывалась t^{ra} iodi и дренировалась на 12—18 часовъ.

Въ дальнѣйшемъ матка оставлялась въ покоѣ.

Почти во всѣхъ случаяхъ, проведенныхъ подобнымъ образомъ, примѣненный нами кюретажъ давалъ положительные результаты.

Бактеріологическое изслѣдованіе нѣкоторыхъ нашихъ случаевъ обнаружило слѣдующее:

Бациллярная форма наблюдалась въ пяти случаяхъ—№№ 2, 6, 8, 12 и 15; бациллярно-стрептококковая форма въ трехъ случаяхъ—№№ 1, 4 и 16; чистая стрептококковая форма въ трехъ случаяхъ—№№ 3, 5 и 14.

На основаніи проведенныхъ нами случаевъ, мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) кюретажъ можетъ быть примѣняемъ въ нѣкоторыхъ формахъ послѣродовыхъ страданій.

2) произведенный какъ можно раньше, при задержаніи въ маткѣ остатковъ плоднаго яйца или сгустковъ крови, онъ предупреждаетъ въ будущемъ возможность пуэрперальной инфекціи.

3) кюретажъ допустимъ во всѣ дни послѣродового періода; но особенный эффектъ получается отъ выскабливанія на 3—4 день послѣ родовъ.

4) необходима основательная дезинфекція матки послѣ выскабливанія.

5) кюретажъ могучій факторъ для хорошей ретракціи маточной мускулатуры.

6) опасность перфораціи устраняется, если употреблять тупую ложечку.

Противопоказаніемъ къ операціи служатъ:

I) воспалительныя состоянія вокругъ матки, въ брюшинѣ и налеты на шейкѣ.

II) наступленіе общей инфекціи организма.

akusher-lib.ru

Клиническіе случаи.

1911 годъ.

1. № 244. А. Т. 26 лѣтъ. I-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 17 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Placenta marginata. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 37,2 в.. 2 сутки: 36,3—37,2. 3 сутки: 36,8—38,6. 4 сутки: 37,2—39,3. Полость матки промыта спиртомъ. 5 сутки: 37,2—38,5. 6 сутки: 38,0 у.. Постоянное орошеніе; в. t° 38,3. 7 сутки: 37,1—39,1. Abrasio uteri. Удалена масса кусковъ дец. ткани: Отсутствіе зноба. 8 сутки: 36,6—36,8. 9 сутки: 36,5—36,8 и т. д..

Инфекція бациллярно-стрептококковая.

2. № 464. А. М. 30 лѣтъ. VIII-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 8 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой пер.—1 сутки: 37,0—37,9. 2 сутки: 36,9—37,2. 3 сутки: 36,7—37,3. 4 сутки: 36,2—36,8. 5 сутки: 36,5—36,6. 6 сутки: 36,4—36,5. 7 сутки: 38,6. Abrasio uteri. Удалено около ½ стакана децидуальной ткани. Отсутствіе зноба. Веч. t° 38,0. 8 сутки: 37,2—36,8. 9 сутки: 36,9—37,0 и т. д..

Инфекція бациллярная.

3. № 333. Е. Б. 23 лѣтъ. II-para. Роды срочные, нормальные. Послѣдъ по Duncan'у. Продолжительность родовъ 4 часа. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 36,6—37,4. 2 сутки: 36,8—37. Знобъ. 3 сутки: 38,3. Выскабливаніе. Удалены кусочки оболочекъ. Темп. в. 39,0. 4 сутки: 36.6 37,6. 5 сутки: 36,5—36,8 и т. д..

Инфекція стрептококковая.

4. № 408. П. Г. 27 лѣтъ. V-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 14 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 37,2—37,6. 2 сутки: 36,6—37,8. 3 сутки: 37,3—38,5. 4 сутки: 36,6 пульсъ 104′—38,5. 5 сутки: утромъ 37,1, пульсъ 104′. Матка промыта растворомъ спирта. Вечеромъ t° 37,8, пульсъ 128′. Внутр. изслѣдованіе: Шейка матки пропускаетъ палецъ. Матка представляется дряблой въ антефлексіи. Полость матки выполнена сгустками. Своды свободны, придатки безболѣзненны, не увеличены. При осмотрѣ заркалами, какъ влагалище, такъ и влагалищная часть шейки матки безъ налетовъ. Матка промыта растворомъ спирта 65°. 6 сутки: темпер. у. 38,8, пульсъ 132′; в. 37,9, пульсъ 120′. 7 сутки: 37,0, пульсъ 104′—38,4 п. 120. 8 сут-

ки: 3,6—38,5. 9 сутки: 37,8—385. 10 сутки: 37,3—38,5, пульсъ 120′. 11 сутки: у. 37,9, пульсъ 112′. Выскабливаніе матки. Удалены децидуальныя массы въ обильномъ количествѣ. Во время выскабливанія—шокъ. В. 38,1, пульсъ 126′. 12 сутки: 38,5—39,0. 14 сутки: 38,1—38,7. 14 сутки: 38,3,

Больная наотрѣзъ отказалась отъ дальнѣйшаго пребыванія въ клиникѣ и была выписана.

Инфекція бациллярно-стрептококковая.

5. № 426. А. С. 22 лѣтъ. IV-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 6 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 37,3—37,8. 2 сутки: 36,4—36,7. 3 сутки: 37,7—37,8—39,4. Знобъ. 4 сутки: 38,1—38,8. Выскабливаніе. 5 сутки: 37,6—36,8. 6 сутки: 37,1—36,6. 7 сутки: 36,8.

Инфекція стрептококковая.

6. № 472. Т. А. 24 лѣтъ. III-para. Преждевременные роды на VIII мѣсяцѣ мацерированнымъ плодомъ. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 36,7—36,7. 2 сутки: 36,8—37. 3 сутки: 36,5—38,0. Матка промыта растворомъ спирта. 4 сутки: 36,4—38,2. Выскабливаніе. 5 сутки: 37,5—37,1. 6 сутки: 36,2—36,6 и т. д..

Инфекція бациллярная.

1912 годъ.

7. № 164. А. Ѳ. 21 года. II-para. Преждевременные роды на VIII мѣсяцѣ. Продолжительность родовъ 10 часовъ. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 36,7—37. 2 сутки: 36,7—37,1. 3 сутки: 37,3—37,2. 4 сутки: 36,6—37,3. 5 сутки: 36,8—37,4. 6 сутки: 38,7. Выскабливаніе при открытіи матки на два пальца. Веч. 39,7. 7 сутки: 38,0—38,2. 8 сутки: 36,1—36,8. 9 сутки: 36,3—36,2 и т. д..

8. № 503. Е. В. 32 лѣтъ. IV-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 16 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 37,6—37,3. 2 сутки: 36,4—36,9. 3 сутки: 36,7—36,8. 4 сутки: 37,2—знобъ—39,5. Выскабливаніе. 5 сутки: 37,3—37,3. 6 сутки: 36,1—37,2. 7 сутки: 36,3—36,9. 8 сутки: 36,4—36,6 и т. д..

Инфекція бациллярная.

9. № 533. Е. Д. 28 лѣтъ. IX-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 5 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 36,6—36,5. 2 сутки: 35,3—39,1. 3 сутки: 37,5. Выскабливаніе. Веч. 37,2. 4 сутки: 36,6—37,9. 5 сутки: 36,0—36,5. 6 сутки: 36,1—38,4. 7 сутки: 37,5—37,2. 8 сутки: 36,5—36,9. 9 сутки: 37,2—36,7. 10 сутки: 36,3—36,9 и т. д..

10. № 587. М. В. 28 лѣтъ. III-para. Срочные дорожные роды. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 37—36,8. 2 сутки: 36,5—37,2. 3 сутки: 36,6—37,5. 4 сутки: 38,5—37,7. 5 сутки: 37,1—38,3. 6 сутки: 37,8—38,3. 7 сутки: 37,6—38,5. 8 сутки: 38,5. Выскабливаніе. Веч. 38,6. 9 сутки: 38,1—38,4. 10 сутки: 37,8 — 38,1. 11 сутки: 37,4 — 37,8. 12 сутки: 37,6—37,4. 13 сутки: 36,7—38,6. 14 сутки: 37,0—36,4. 15 сутки: 36,5—37,2. 16 сутки: 36,7.

11. № 773. Х. И. 41 года. XV-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 15 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 36,7—36,8. 2 сутки: 36,6—37,3. 3 сутки: 36,7—36,9. 4 сутки: 36,6—въ 12 часовъ дня 39,2. Знобъ. Выскабливаніе. 5 сутки: 37,0—36,9. 6 сутки: 36,5—36,7. 7 сутки: 36,8—37,0. 8 сутки: 36,8.

1913 годъ.

12. № 54. М. С. 31 года. I-para. Роды срочные, полостные щипцы. Продолжительность родовъ 28 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 37,2—36,7. 2 сутки: 37,1—37,4. 3 сутки: 37,0—36,8. 4 сутки: 36,7—39,3. Выскабливаніе. 5 сутки: 37,5—39,1. 6 сутки: 36,8—37,8. 7 сутки: 36,3—37,6. 8 сутки: 37,4—36,8. 9 сутки: 36,6—36,3 и т. д..

Инфекція бациллярная.

13. № 64. В. С. 27 лѣтъ. II-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 18 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 37,3—37,1. 2 сутки: 36,2—38,3. 3 сутки: 37,8—36,8. 4 сутки: 35,9—37,6. 5 сутки: 37,0—38,2. 6 сутки: 37,7—знобъ—39,8. Выскабливаніе. Сильное кровотеченіе во время операціи. Тампонація матки. Ночью знобъ, продолжавшійся около часу. 7 сутки: 39,1. Тампонъ удаленъ. Веч. t° 40,3. 8 сутки: 38,8—39,8. 9 сутки:

37—38,5. 10 сутки: 37,4—38,2. 11 сутки: 37,2—37,2. 13 сутки: 36,9—37,5. 14 сутки: 37,2—38,2. 15 сутки: 36,8—37,4. 16 сутки: 37,3—37,8. 17 сутки: 36,9—37,2. 18 сутки: 36,4—37,2. 19 сутки: 36,8 — 37,1. 20 сутки: 36,7 — 37,1. 21 сутки: 36,6—36,8. и т. д..

14. № 86. П. С. 24 лѣтъ. I-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 9 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 37,0—37,2. 2 сутки: 36,4—37,3. 3 сутки: 39,7. Выскабливаніе. Веч. 39,8. 4 сутки: 39,0—37,5. 5 сутки: 37,5—37,4. 6 сутки: 37,7—37,6. 7 сутки: 36,0—36,8. 8 сутки: 36,9—36,6. 9 сутки: 36,6.

Инфекція стрептококковая.

15. № 270. Д. Б. 32 лѣтъ. VII-para. Роды срочные, нормальные. Послѣдъ по Duncan'у. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 37,0—37,2. 2 сутки: 36,7—36,6. 3 сутки: 37,7—38,8. 4 сутки: 37,6—38,2. Выскабливаніе. 5 сутки: 36,6—37,3. 6 сутки:36,4—37,4. 7 сутки: 36,6—36,8. 8 сутки: 36,8—36,8. 9 сутки: 36,6—36,9. 10 сутки: 36,5.

Инфекція бациллярная.

16. № 345. Н. М. 26 лѣтъ. III-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 12 часовъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 36,8—3,72. 2 сутки: 36,3—36,9. 3 сутки: 36,9. Днемъ t° 39,2. Выскабливаніе. Веч. t° 39,4. 4 сутки: 37,7—33,4. 5 сутки: 36,6—37,1. 6 сутки: 36,8—37,3. 7 сутки: 36,6—36,7 и т. д..

Инфекція бациллярно-стрептококковая.

17. № 359. Е. С. 36 лѣтъ. VIII-para. Роды срочные, нормальные. Продолжительность родовъ 21 часъ. Послѣдъ по Schultze. Послѣродовой періодъ—1 сутки: 36,6—37,1. 2 сутки: 36,5—знобъ—37,9. 3 сутки: 37,4. Днемъ t° 38,1. Выскабливаніе. Веч. t° 38,5. 4 сутки: 86,5—37,4. 5 сутки: 36,9—37,1. 6 сутки: 36,3—37,0. 7 сутки: 36,6 и т. д..

---

akushel.lib.ru

Роды при uterus septus et vagina septa (uterus duplex cum vagina duplice).

Н. А. Мальковскій.

Ординаторъ Акушерской Клиники.

Беременность при аномалійномъ развитіи полового аппарата вообще представляетъ большой клиническій интересъ.

Тѣмъ большій интересъ представляютъ весьма рѣдкіе случаи родовъ во второй половинѣ беременности при аномалійномъ развитіи половыхъ органовъ—именно при той или иной формѣ раздвоенія полового аппарата.

Прежде чѣмъ описывать случай родовъ, имѣвшій мѣсто въ Московской Акушерской клиникѣ, гдѣ мы имѣли дѣло съ полнымъ раздвоеніемъ полового аппарата т. е. гдѣ раздвоеніе касалось не только влагалища, но распространялось и на матку, я въ нѣсколькихъ словахъ позволю себѣ коснуться случаевъ, описанныхъ въ литературѣ и представляющихъ въ въ иныхъ формахъ большое сходство съ нашимъ, въ иныхъ—отличающихся отъ нашего лишь видами, вѣрнѣе степенью одной и той же аномаліи. Въ основѣ аномалійнаго развитія женскихъ половыхъ органовъ лежитъ неправильное, порочное развитіе Мюллеровыхъ ходовъ т. е. остановка въ развитіи въ различныхъ степеняхъ ихъ сліянія.

По классификаціи Nagel'a и Winkel'я пороки развитія дѣлятся на четыре группы.

Къ первой группѣ относятся пороки, происшедшіе вслѣдствіе задержки въ развитіи до образованія полового тяжа т. е. въ самые ранніе періоды эмбріональной жизни.

Сюда относятся пороки наиболѣе тяжелой формы, при которыхъ все, что образуется изъ Мюллеровыхъ ходовъ, остается совершенно раздѣленнымъ.

akusher-lib.ru

Ко второй группѣ принадлежатъ пороки, происшедшіе отъ задержки въ развитіи въ слѣдующей стадіи т. е. послѣ образованія полового тяжа—случаи раздвоенія матки, съ присоединяющимся въ большинствѣ случаевъ раздвоеніемъ влагалища или въ цѣломъ или только отчасти.

Къ третьей группѣ относятся пороки развитія, относящіеся ко времени сліянія Мюллеровыхъ ходовъ внутри полового тяжа—случаи раздѣленія матки при нормальной шейкѣ.

И наконецъ къ четвертой группѣ принадлежатъ пороки развитія, вслѣдствіе задержки въ развитіи, послѣ сформированія матки и влагалища.

Такъ какъ приведенная классификація ясно показываетъ насколько тѣсна связь между той или иной формой аномаліи то, мнѣ кажется, говоря объ одномъ видѣ, нѣтъ возможности не коснуться другихъ вслѣдствіе того, что различныя формы суть только различныя стадіи одного и того же процесса.

Переходя къ разбору просмотрѣнной мною литературы, для удобства я разобью случаи на группы, придерживаясь упомянутой выше классификаціи Nagel'a и Winkel'я.

Относящіеся къ первой группѣ пороковъ развитія случаи описаны:

Балинымъ (Врачъ 1899 г.), гдѣ имѣлось дѣло съ uterus didelphys s. separatus cum vagina duplice у первородящей. Діагнозъ былъ поставленъ до родовъ. Роды произошли на VIII мѣс., послѣ гибели плода. Роды медленные, самопроизвольные. Беременность—въ лѣвой маткѣ. Менструація происходила изъ обѣихъ матокъ, что было подтверждено осмотромъ зеркалами во время менструаціи. Влагалищная перегородка сохранилась.

Суровцевымъ (Врачъ 1897 г.)—первородящая, на IX-мъ мѣс—діагнозъ до родовъ — uterus didelphys cum vagina septa.—Перегородка черезъ 14 час. послѣ начала родовъ разорвалась, роды произошли самопроизвольно. Puerperium нормаленъ. Отмѣчается препятствіе со стороны перегородки внутреннему повороту головки.

Гурвичемъ (Еженедѣльникъ журнала Практ. мед. 1897 г.) первородящая—uterus didelphys cum vagina septa. Беременность правой матки. Самопроизвольные, срочные роды, разрывъ перегородки въ верхнемъ отдѣлѣ. Puerperium нормаленъ.

Ranken Zyle (Реферировано въ Ж. А. и Ж. Б. 1905 г.)—случай кесарскаго сѣченія при uterus didelphys cum vagina septa при фиброматозномъ перерожденіи одной изъ матокъ. Въ анамнезѣ три abort'a на III-мъ мѣс., четвертая беременность доношена, но роды задержались изъ-за узловатой стебельчатой міомы, оказавшейся фиброматозно-перерожденной маткой. Отмѣчается отсутствіе регулъ изъ другой матки во время беременности.

Winter'омъ (Centrablatt f. Gynäk. 1887 г.). Черезъ 3 недѣли послѣ пятимѣсячнаго abort'a больная погибла отъ сепсиса. На вскрытіи—2 матки, совершенно раздѣленныя въ тѣлѣ, съ общей шейкой.

F. Benicke (Zeitschrift f Gynäc u Geburtsh Bd. I. 77) случай при uterus didelphys cum vagina septa, оконченный щипцами, такъ какъ перегородка служила препятствіемъ.

Ко второй группѣ относятся случаи:

Кемарскаго (Врачъ 1885 г.) Первородящая. Крови правильно.

Роды срочные, ассиметрическое положеніе матки.

Діагнозъ—uterus duplex bicornis cum vagina duplice. Беременность въ большей правой маткѣ, роды самопроизвольные, отрывъ перегородки vagin'ы на всемъ протяженіи.

Личкуса (врачъ 1884 г.)—III беременность. Двѣ первыя беременности окончились abort'ами. Во время второй беременности діагносцирована перегородка, дѣлящая рукавъ на двѣ части. Настоящая беременность — на IX-мъ мѣсяцѣ. Въ виду слабости и болѣзненности потугъ наложены щипцы. Роды длились съ начала болей—81 ч. 52 м. Влагалищная перегородка оторвана отъ задней стѣнки влагалища въ верхнихъ двухъ третяхъ. Первые дни пуэрперія протекали при t° 38,8, 39,5—40,3 и т. д.

Діагнозъ — uterus bicornis duplex cum vigina duplice. Буяльскаго (Военно-медиц. журн. 1833 г.)—IV-para явилась на X мѣс. съ родовыми болями. Во время всѣхъ беременностей менструаціи не прекращались. Отмѣчено отклоненіе дна и зарощеніе наружнаго отверстія шейки. Разрѣшилась сама. На пятый день погибла отъ sepsisa. На аутопсіи: раздѣленіе влагалища на 2 рукава перегородкой, разорвавшейся, повидимому, во время родовъ; матка имѣла двѣ совершенно самостоятельныя полости. Настоящая беременность была въ правой маткѣ,

предыдущія, повидимому, были въ лѣвой, такъ какъ существуютъ надрывы лѣвой шейки.

Драницына—Три беременности окончились выкидышами на III-мъ мѣс. Настоящая, IV-я беременность—срочная. Діагнозъ—uterus bicornis infra duplex, vagina septa. Влагалищная перегородка разсѣчена между лигатурами, чѣмъ было предотвращено: 1. замедленіе родовъ, 2. кровотеченіе, 3. въ результатѣ нормальное теченіе пуэрперія. Henrich'a (Ж. А. и Ж Б. 1908 г.). Случай, гдѣ раздѣленіе матки на двѣ полости было діагносцировано послѣ третьихъ срочныхъ родовъ, вслѣдствіе ручного отдѣленія послѣда.

Fleischmann'a — случай vaginae subseptae при uterus bilocularis. Сильныя, болѣзненныя схватки. Влагалищная перегородка перерѣзана между лигатурами.

Матвѣева (1893 г.)—uterus duplex cum vagina duplice, перегородка разорвалась. Роды самопроизвольные. Беременность въ лѣвой половинѣ.

Ручное отдѣленіе задержавшихся оболочекъ, при чемъ мѣсто прикрѣпленія послѣда опредѣлено на задней и лѣвой стѣнкѣ. Puerperium нормально.

Болѣе подробно я позволю себѣ остановиться на высшей степени интересномъ случаѣ, описанномъ Личкусомъ (врачъ 1892 г.). Больная обратилась съ жалобами на боли въ низу живота и двухмѣсячную задержку кровей.

Крови носитъ съ 14 л., правильно, съ явленіями дизменорреи. Черезъ 3 года послѣ замужества, по совѣту врача принимала соленыя ванны съ введеніемъ въ рукавъ ваннаго зеркала, послѣ чего черезъ нѣсколько мѣсяцевъ забеременнѣла. При осмотрѣ отмѣчается относительное уплощеніе сводовъ и присутствіе вблизи свода клапановидной перегородки.

Надъ лѣвымъ сводомъ—плотное мышечное тѣло (5—6 ctm), отклоненное влѣво и кзади, непосредственно переходящее во влагалищную часть; надъ правымъ сводомъ—мышечное тѣло, съ апельсинъ, отклоненное вправо и какъ будто насаженное при помощи короткой и мягкой ножки на правый бокъ лѣваго тѣла.

Признавая лѣвое тѣло безусловно за матку, относительно праваго было сомнѣніе—не была ли это внѣматочная беременность.

Благодаря присутствію зачаточной перегородки во влагалищѣ былъ поставленъ діагнозъ двурогой матки съ беременностью въ правомъ рогѣ. Несмотря на терапію, черезъ нѣсколько дней изъ праваго рога выдѣлилось плодное яйцо, при чемъ зѣвъ, несмотря на то, что шейка была сглажена, оставался точечнымъ, почему онъ былъ надрѣзанъ съ обѣихъ сторонъ, послѣ чего и было извлечено трехмѣсячное яйцо.

При обслѣдованіи на $^1/_2$ ctm отъ наружнаго зѣва была обнаружена серповидная перегородка и такимъ образомъ діагносцировано: двурогая матка съ перегородкой въ шейкѣ. Puerperium нормальный.

Черезъ 5 мѣсяцевъ наступила новая беременность и снова на III-мъ мѣсяцѣ—кровотеченіе, прекратившееся, однако, подъ вліяніемъ клизмъ съ опіемъ и спокойнаго положенія. До VI-го мѣсяца была совершенно здорова, когда вновь появились схваткообразныя боли и кровотеченіе. Было назначено: вытяжка viburni prunifol, клизмы съ опіемъ и спокойное положеніе. Около 2-хъ мѣсяцевъ больная находилась въ постели, послѣ чего наступили срочные, самопроизвольные роды. Puerperium нормальный. Послѣ родовъ рукавной перегородки обнаружить не удалось.

Черезъ $4^1/_2$ мѣсяца—новая (III-я) беременность, снова на III-мъ мѣсяцѣ кровотеченіе, прекратившееся подъ вліяніемъ спокойнаго положенія. Правильные роды наступили въ срокъ. На III-й день послѣ родовъ, при однократномъ повышеніи t^0 до 39^0 и боляхъ, вышелъ слѣпокъ отпадающей оболочки лѣваго не беременнаго рога. Черезъ VI мѣс. наступила IV-я беременность того же праваго рога, протекшая безъ осложненій, но прервавшаяся за 3 недѣли до срока. Беременнымъ оказался опять правый рогъ—двойнями ($5^1/_2$ ф. и $6^1/_2$ ф.).

Описанный случай интересенъ и поучителенъ въ томъ отношеніи, что во 1-хъ относительное безплодіе зависѣло отъ рукавной перегородки, служащей препятствіемъ для проникновенія сѣмени; во 2-хъ, какъ и во многихъ другихъ случаяхъ, возникало при діагнозѣ сомнѣніе относительно внѣматочной беременности; въ 3-хъ, что правый рогъ, сначала бывшій недостаточнымъ для вмѣщенія одного развивающагося яйца, въ дальнѣйшемъ развился до такой степени, что сталъ способнымъ вмѣстить и почти доносить до срока двойни.

akushelib.ru

Личкусомъ же (тогда же) описанъ случай діагностики раздѣленія матки и шейки на двѣ полости послѣ седьмыхъ срочныхъ родовъ.

Перехожу къ случаю, имѣвшему мѣсто въ Московской Акушерской клиникѣ и проведенному мною при любезномъ содѣйствіи ассистента клиники, глубокоуважаемаго Георгія Андреевича Соловьева.

5 марта 1913 г. въ 4 часа дня въ клинику была принята Марія Д—27 лѣтъ, первобеременная, съ жалобами на схваткообразныя боли, появившіяся съ 6-ти часовъ утра.

Больная средняго сложенія и питанія, кожа и слизистыя оболочки нѣсколько блѣдны. Въ дѣтствѣ никакихъ особыхъ заболѣваній не отмѣчаетъ. Регулы имѣетъ съ 16 л., въ первый годъ имѣла только 2 раза, съ сильными болями до и во время регулъ. Съ 17-ти лѣтъ регулы ходятъ правильно черезъ 4 недѣли по 3—4 дня, съ сильными болями.

На 20-мъ году вышла замужъ, послѣ чего, по разсказамъ, повидимому болѣла гонорреей. Послѣ замужества регулы стала носить черезъ 3 недѣли по 3—4 дня, какъ и прежде съ болями, но обильнѣе. Появленіе регулъ стало сопровождаться рвотой. Послѣднія регулы—6-е августа 1912 г. Такимъ образомъ около 8-ми лѣтъ относительное безплодіе. Черезъ 2 мѣсяца послѣ послѣднихъ регулъ появились сильныя боли въ лѣвомъ паху съ отдачей въ сомненную ногу, заставившія больную лечь.

Обращалась къ врачу, который, повидимому, подозрѣвалъ внѣматочную беременность. Тогда больная обратилась въ гинекологическую клинику, гдѣ была діагносцирована беременность на III-мъ мѣсяцѣ и ввиду тяжелаго состоянія больной боло предложено остаться въ клиникѣ. Черезъ 2—3 недѣли боли, подъ вліяніемъ постельнаго содержанія и ваннъ, стихли и общее состояніе настолько улучшилось, что больная выписалась и до настоящаго времени чувствовала себя вполнѣ удовлетворительно.

5-го марта, съ 6-ти часовъ утра пошли воды и съ 7-ми часовъ утра начались схваткообразныя боли. При поступленіи, въ 4 часа, зѣвъ открытый на палецъ, края довольно толстые, предлежитъ головка, по сердцебіенію—въ первой позиціи; воды идутъ стороной. Тазъ нормальный. Объемъ живота на уровнѣ пупка—89 ctm. Схватки правильныя, но бо-

лѣзненныя. Срокъ беременности—по послѣднимъ регуламъ, исчисляется концомъ VII-го мѣсяца. Къ 6-ти часамъ вечера схватки стали принимать неправильный характеръ и становиться крайне болѣзненными, вслѣдствіе чего было повторено изслѣдованіе, обнаружившее открытіе зѣва на 2 пальца, предлежаніе головки въ I-ой затылочной позиціи.

Картина изслѣдованія была нѣсколько необычная, благодаря чему былъ произведенъ болѣе тщательный осмотръ канала влагалища. Обнаружено, что влагалище въ сагитальномъ направленіи раздѣляется перегородкой на двѣ части—правую и лѣвую, при чемъ казалось, что въ лѣвой сторонѣ находится отверстіе, прилегающее къ головкѣ, ctm. $1^1/_2$ въ діаметрѣ; въ правой половинѣ отверстіе маточнаго зѣва открыто значительно больше. Полости, образуемыя перегородкой, нигдѣ между собою не сообщаются. Головка находится въ средней части полости таза. Такимъ образомъ было очевидно, что мы имѣемъ дѣло съ раздѣленнымъ влагалищемъ и, повидимому, такой же маткой. Во всякомъ случаѣ было ясно, что шейка имѣла два отверстія.

Въ 9-мъ часу вечера, въ виду появившагося небольшого кровотеченія, снова было произведено изслѣдованіе, при чемъ картина была слѣдующая: обѣ полости—правой и лѣвой половинъ влагалища, прежде не сообщавшіяся, при обслѣдовоніи однимъ пальцемъ, имѣли сообщеніе, такъ что изслѣдующій палецъ, введенный въ лѣвую половину и согнутый въ фалангѣ при вытягиваніи кнаружи, былъ доступенъ зрѣнію. Отсюда можно было заключить, что и подтвердилось дальнѣйшимъ наблюденіемъ, что перегородка подъ напоромъ головки въ верхней части подверглась разрушенію. Чтобы таже участь не постигла остающуюся часть нижнихъ двухъ третей влагалища съ одной стороны и чтобы уничтожить препятствіе для поступательныхъ движеній головки—съ другой, рѣшено было перерѣзать остающуюся часть перегородки, послѣ предварительнаго наложенія лигатуръ. Лигатуры были наложены такъ, что, какъ передняя, такъ и задняя части перегородки были швомъ раздѣлены пополамъ и перерѣзаны отдѣльно; послѣ чего перегородка была перерѣзана приблизительно въ средней своей части. Послѣ этого сопровождавшее роды небольшое кровотеченіе видимо прекратилось.

Черезъ 30—40 м. послѣ этой предварительной операціи, въ 10 ч. 20 м. вечера наступили самопроизвольные роды, живымъ, но слабымъ ребенкомъ, вѣсомъ 1650 gr., который скончался въ 4 ч. утра

Послѣдовый періодъ все время сопровождался кровотеченіемъ при хорошо сокращающейся маткѣ. Въ виду этого черезъ 35 минутъ, послѣ неудавшагося примѣненія метода Credé, было приступлено къ ручному отдѣленію послѣда. При этомъ было обнаружено, что матка также раздѣлена на правую и лѣвую половины перегородкой. Послѣдъ оказался прикрѣпленнымъ въ области перегородки, именно въ мѣстѣ перехода перегородки въ дно матки. По отдѣленіи послѣда кровотеченіе совершенно прекратилось. Кромѣ того при отдѣленіи послѣда констатированъ остатокъ отрыва перегородки, принадлежащій влагалищу: въ верхней его трети, соединенный съ перегородкой матки. Такимъ образомъ мы имѣли дѣло съ двойнымъ влагалищемъ и двойной маткой—uterus duplex cum vugina duplice. Беременной оказалась лѣвая половина матки. На III-й день послѣ родовъ при схваткообразныхъ боляхъ вышла отпадающая правой половины матки, представляющая точный слѣпокъ полости матки. Puerperium протекъ до времени выписки больной изъ клиники при t° не выше 36,9°. На 12-й день больная выписалась совершенно здоровой. Въ нашемъ случаѣ мы могли убѣдиться, во 1-хъ въ томъ, что влагалищныя перегородки служатъ значительнымъ препятствіемъ поступательнымъ движеніямъ головки и такимъ образомъ, если и говорятъ нѣкоторые авторы, что въ концѣ концовъ перегородка разрывается сама, все же мы не видимъ повода ждать этого самопроизвольнаго разрыва перегородки, такъ какъ въ такомъ случаѣ присутствіе перегородки будетъ причиной въ лучшемъ случаѣ замедленія родовъ, но кромѣ того мы не можемъ быть гарантированы отъ другихъ печальныхъ послѣдствій этого ожиданія; во 2-хъ, что появившееся небольшое кровотеченіе, начавшееся съ момента разрушенія верхней трети перегородки, не только не приняло большихъ размѣровъ, но послѣ перерѣзки перегородки совершенно прекратилось и въ 3-хъ въ томъ, что, благодаря минимальной травматизаціи, мы съ большой увѣренностью могли ожидать нормальнаго теченія послѣродового періода, что и имѣло мѣсто въ нашемъ случаѣ, гдѣ до выписки больной т. е. до 12-го дня ни одного раза t° не была выше 36,9°.

Далѣе я приведу нѣсколько случаевъ выкидышей при двурогой маткѣ, это именно случаи:

Каца (Ж. А. и Ж. Б. 1896 г.) Послѣ срочныхъ родовъ 4 года назадъ, случайный выкидышъ на III-мъ мѣс.

II-ой случай, гдѣ женщина рожала въ срокъ 4 раза, V-я беременность окончилась abort'омъ, изъ правой полости другой матки. При обслѣдованіи лѣвая полость была объемистѣе, но зѣвъ пальца не пропускалъ. Повидимому, предыдущія беременности протекали въ лѣвой половинѣ, пятая же беременность была въ правомъ рогѣ, оказавшемся неспособнымъ вмѣстить развивающееся яйцо.

M. Cohn'a—I-я беременность окончилась на VIII-мъ мѣсяцѣ. II-я—прервалась на IV-мъ мѣсяцѣ, при чемъ при извлеченіи остатковъ послѣда было обнаружено двойное влагалище, раздѣленное полной перегородкой и двѣ матки, сросшіяся по средней линіи. На II-й день послѣ выскабливанія изъ правой не беременной матки вышла отпадающая.

Штоля (Ж. А. и Ж. Б. 1892 г.). Первобеременная, срокомъ около 3-хъ мѣс.

Относительное безплодіе въ теченіе 3-хъ лѣтъ замужества.

Во время настоящей беременности кровотеченіе съ схваткообразными болями прекратившееся подъ вліяніемъ холодныхъ компрессовъ. При изслѣдованіи найдено: отклоненіе шейки вправо и присутствіе двухъ опухолей. Была предположена внѣматочная беременность. Однако при зондированіи, на высотѣ 3-хъ ctm, въ шейкѣ замѣчалось раздѣленіе канала на двѣ части, такъ что зондъ уходилъ въ правую полость на 14 ctm, а въ лѣвую—на 10 ctm. На основаніи этого діагнозъ былъ поставленъ: двурогая матка съ одной общей шейкой—uterus bicornis infra simplex съ беременностью праваго рога. Въ виду того, что оба рога сообщались съ шейкой рѣшено было ждать и черезъ 12 час. вышелъ плодъ, а черезъ 2 часа—и послѣдъ.

Къ третьей группѣ аномалій относятся случаи:

Gosset e. Tissier (Ж. А. и Ж. Б. 1907 г.)—Наблюденіе касается женщины 6 разъ рожавшей 2—ягодичное положеніе, 1—разъ щипцы). Поступила съ начавшимися срочными седьмыми родами. Въ виду показаній былъ сдѣланъ поворотъ, удавшійся легко, на послѣдующую головку наложены щипцы.

При ручномъ отдѣленіи послѣда черезъ $1^1/_2$ час., въ виду кровотеченія, обнаруженъ разрывъ шейки. Сдѣланной черезъ $5^1/_2$ час. послѣ родовъ ляпаротоміей, вслѣдствіе тяжелаго состоятнія родильницы, обнаружено: двурогая матка съ одной общей шейкой и проникающій до брюшины разрывъ матки въ мѣстѣ соединенія роговъ.

Jurink'a (Zentralblat f Gynäk. 1903 г.)—III-para Въ анамнезѣ 1—срочные роды и 1—abort. Во время третьей беременности боли внизу живота. Въ виду нахожденія крайне болѣзненной опухоли вправо отъ матки, заподозрѣна внѣматочная беременность. При ляпаротоміи оказалось, что матка состоитъ изъ двухъ неравныхъ частей: правая, большая вмѣщаетъ 14-ти недѣльное яйцо. Перегородка, нагинаясь у дна, доходитъ до внутренняго зѣва, гдѣ оканчивается острымъ краемъ. Считаю не лишнимъ указать на данныя автора относительно толщины стѣнокъ: лѣвая, небеременная половина имѣла толщину стѣнокъ—20 mm., тогда какъ правая, беременная у перегородки и внутренняго зѣва имѣла толщину—15 mm., а къ мѣсту отхожденія трубы истончалась настолько, что имѣла всего лишь 3—5 mm.

Отсюда авторъ описываемаго случая дѣлаетъ слѣдующія заключенія: настоящая беременность не могла быть доношена, вслѣдствіе чрезмѣрнаго истонченія стѣнки, что клинически выразилось сильными болями и при своевременномъ распознаваніи можно было бы ограничиться расширеніемъ шейки и производствомъ abort'a.

Ляпаротомія же въ данномъ случаѣ имѣетъ оправданіе въ томъ, что предотвращаетъ возможность новой беременности и сопряженную съ этимъ опасность.

Эльбингъ описалъ случай, гдѣ при срочныхъ родахъ были опредѣлены двойни. По рожденіи перваго было предпринято изслѣдованіе по поводу косого положенія другого плода. Обнаружено, что полость, бывшая беременной — пуста, другого плода нѣтъ и отсутствуетъ отверстіе, которое бы вело въ полость, содержащую другой плодъ. При болѣе тщательномъ осмотрѣ обнаружено: въ каналѣ шейки слѣпое щелевидное отверстіе, а отъ лѣвой стороны внутренняго зѣва отхожденіе утолщенія въ видѣ пучка толщиною въ палецъ, переходящаго въ тѣло съ прощупываемымъ плодомъ.

akushersfb.ru

Такимъ образомъ было діагносцировано: двурогая матка съ беременностью въ правомъ рогѣ, въ предыдущую беременность ($1^1/_2$ года назадъ) дѣло имѣлось съ беременностью обоихъ роговъ, но въ лѣвомъ, несообщающемся съ шейкой, рогѣ плодъ погибъ и превратился въ литопедій.

Въ отдѣльную группу я обособляю случай, гдѣ раздвоеніе касалось только vagin'ы.

Балинъ (1899 г.). У первородящей, при предлежащей части въ полости таза, маточнаго зѣва не удавалось найти. Оказалось, что имѣется vagina duplex, причемъ одна полость представляется слѣпымъ мѣшкомъ. Роды кончились самопроизвольно безъ разрыва перегородки, въ чемъ авторъ видитъ отсутствіе препятствія для родовъ, со стороны влагалищной перегородки.

Такое заключеніе кажется нѣсколько страннымъ, такъ какъ авторъ, повидимому, совершенно упускаетъ изъ вида, что въ его случаѣ перегородка не можетъ считаться полной, ибо она образуетъ слѣпой мѣшокъ, слѣдовательно въ подобномъ случаѣ, конечно, не можетъ быть рѣчи о прегражденіи подобной перегородкой пути поступательнымъ движеніямъ головки съ одной стороны, съ другой—естественно подобная перегородка отклонится и прижмется къ стѣнкѣ влагалища во время поступательныхъ движеній головки и не порвется вслѣдствіе этого. Такъ что подобное заключеніе не можетъ считаться аргументаціей въ пользу отсутствія препятствія для родовъ со стороны влагалищныхъ перегородокъ.

Шлезингеръ описываетъ случай родовъ на X-мъ лунномъ мѣсяцѣ у первородящей, гдѣ была обнаружена продольная влагалищная перегородка, дѣлящая влагалище въ двухъ нижнихъ третяхъ на два несообщающіеся канала. Діагнозъ—vagina subsepta supra simplex. Несмотря на правильную и энергичную родовую дѣятельность перегородка служила настолько существеннымъ препятствіемъ для родовъ, что къ концу сутокъ родовая дѣятельность ослабѣла, а такъ какъ къ этому присоединилось омертвѣніе верхней части перегородки, то послѣдняя и была перерѣзана между двумя лигатурами, послѣ чего были наложены щипцы. Puerperium—нормальный.

Въ случаѣ Шанявскаго у хорошо сложенной первородящей прекращеніе къ концу сутокъ родовой дѣятельности.

Послѣ энергичныхъ попытокъ повитухи отвести въ сторону шнуръ, раздѣляющій въ сагитальномъ направленіи влагалище и препятствующій прорѣзыванію головки—перегородка разорвалась, что дало сильное кровотеченіе.

По наложеніи на кровоточащіе концы, разорванной влагалищной перегородки, лигатуръ и отрѣзки этихъ концовъ, искусственно были вызваны схватки и роды быстро окончились. Больная погибла отъ sepsisa.

Эберлинъ описываетъ подобный выше указанному случай, гдѣ онъ былъ приглашенъ къ первородящей, по поводу остановки поступательныхъ движеній головки, достигшей наружныхъ половыхъ частей. Единственнымъ препятствіемъ для окончанія родовъ оказался канатикъ, идущій въ сагитальномъ направленіи влагалища, въ виду чего, а также изъ опасенія кровотеченія изъ обнаруженныхъ расширенныхъ венъ канатика, при разрывѣ послѣдняго, по наложеніи лигатуръ an mosse, у обоихъ концовъ канатика, рѣшено было изсѣчь послѣдній между лигатурами. Роды окончились быстро. Puerperium нормальный.

Діагнозъ-vagina subsepta supra simplex.

Moriz Silbmann—случай vaginae septae s. duplicis.

Перегородка при прорѣзываніи предлежащей части выдвигалась внизъ и раздѣляла головку бороздой на двѣ части. Изъ опасенія отрыва перегородки въ мѣстахъ ея прикрѣпленія (frenulum u urethra) перегородка была перерѣзана при чемъ оказалась очень плотной.

Hildebrandt приводитъ случай, гдѣ перегородка состояла изъ слизистой оболочки, но служила такимъ препятствіемъ, что роды были окончены быстро только послѣ перерѣзки перегородки между лигатурами.

Мнѣнія авторовъ, описавшихъ тѣ или иныя формы аномалійнаго развитія половыхъ органовъ, относительно препятствій этихъ аномалій для родового акта, расходятся очень далеко.

Такъ, въ то время какъ одни авторы препятствій со стороны этихъ аномалій не видятъ, другіе стараются изыскать средства для предотвращенія различныхъ осложненій, вызываемыхъ аномаліями при родахъ или даже въ теченіи беременности.

При беременности зачаточнаго рога двурогой матки женщинѣ угрожаетъ большая опасность: по статистикѣ Гиммельфарба, которому принадлежитъ честь собранія первой статистики по вопросу о беременности въ зачаточномъ рогѣ двурогой матки, на 34 собранные случая приходится—въ 24 случаяхъ беременность окончилась въ первые 6 мѣсяцевъ разрывомъ беременнаго рога и внутреннимъ кровотеченіемъ со смертельнымъ исходомъ; въ 3-хъ случаяхъ—образованіе литопедія, изъ нихъ только въ одномъ случаѣ выздоровленіе; въ 7-ми случаяхъ— sectio caesarea при мертвомъ плодѣ. Одинъ изъ этихъ случаевъ окончился смертью, такъ какъ операція была предпринята при явленіяхъ начинающейся септицеміи.

Итакъ изъ 34 случаевъ только въ 6-ти случаяхъ беременность дошла до конца, въ 2-хъ прервалась на VII мѣсяцѣ и въ остальныхъ—окончилась въ первую половину беременности.

Штоль, пополнившій статистику Гиммельфарба (1892 г.), даетъ при 48 случаяхъ беременности двурогой матки слѣдующія цифры: въ 56, 24% случаевъ—смертельный исходъ, вслѣдствіе разрыва беременнаго рога; въ 27% случаевъ—операція; въ 17%—выкидышъ или образованіе литопедія.

Матвѣевъ (1895 г.) въ своей работѣ приводитъ очень большія цифры Fürsta и Dunning'a и дѣлаетъ выводъ, что „въ громадномъ процентѣ случаевъ потребовалось искусственное пособіе при родахъ и почти также часто беременность прервалась преждевременно.

Случай Матвѣева касается раздѣленія матки и влагалища.

Мы, имѣя аналогичный случай, вполнѣ присоединяемся къ мнѣнію авторовъ, считающихъ раздѣленіе полового аппарата способнымъ служить препятствіемъ для беременности и родовъ.

И несомнѣнно, что перегородка матки можетъ служить препятствіемъ какъ для беременности, такъ и для родовъ—все зависитъ отъ степени развитія частей раздѣленнаго органа и способности мышечной ткани къ приспособляемости и послѣдующему доразвитію, какъ мы видѣли это въ случаѣ Личкуса (Врачъ 1892 г.), гдѣ первоначально рогъ не способенъ былъ вмѣстить одно развивающееся яйцо, а впослѣдствіи доразвился настолько, что доносилъ почти до срока (беременность прервалась за 3 недѣли) двойни.

akusherlib.ru

Справедливость мнѣнія относительно того, что перегородки служатъ препятствіемъ для беременности, достаточно ясна изъ большинства описанныхъ случаевъ и мы находимъ, что этотъ вопросъ не нуждается въ подтвержденіи.

Еще яснѣе это станетъ, если мы обратимъ вниманіе на діагностику.

Что касается препятствія при родахъ, то достаточно ясно это подчеркивается авторами, наблюдавшими роды при названной аномаліи.

Такъ Spiegelberg, говоря о возможности беременности въ двуполостной маткѣ, указываетъ на уклоненія при родахъ: 1. отклоненіе беременной половины отъ оси таза. 2. предлежаніе небеременнаго рога. 3. кровотеченіе въ послѣдовомъ періодѣ, особенно если послѣдъ прикрѣпленъ на перегородкѣ.

Schröder, допуская возможность достиженія беременности до конца при достаточномъ развитіи отдѣльныхъ половинъ при различныхъ видахъ раздвоенія, тѣмъ не менѣе рекомендуетъ разсѣченіе не только влагалищной перегородки, но даже и маточной, чтобы обезпечить нормальное теченіе послѣдующихъ беременностей.

Драницынъ въ своей работѣ указываетъ на то, что при существованіи перегородокъ роды могутъ окончиться только при отклоненіи или разрывѣ перегородки, въ противномъ случаѣ требуется оперативное удаленіе.

Въ этой же работѣ указано на слѣдующее заключеніе: „если перегородки тонки, онѣ разрываются легко и травмы не отличаются отъ обычныхъ травмъ при родахъ, если же перегородки толсты и значительны по объему, то разрывъ не наступаетъ болѣе или менѣе продолжительное время—роды замедляются, что часто вызываетъ: endometritis sub partu и асфиксію младенца, endometritis post partum; далѣе въ такихъ случаяхъ разрывъ происходитъ не только въ области перегородки, но распространяется и на окружающія части; если же перегородка продолжается и въ матку, то возможенъ разрывъ и послѣдней“.

Послѣдствіемъ разрыва бываетъ кровотеченіе, степень котораго стоитъ въ зависимости отъ содержанія сосудовъ въ перегородкѣ, и отъ ея протяженія вверхъ—въ матку, такъ какъ въ этомъ случаѣ зіяющіе сосуды не могутъ быть сдавлены при отсутствіи сокращенія соотвѣтственной части ма-

точной ткани. Послѣднее имѣетъ особенное значеніе при прикрѣпленіи послѣда на перегородкѣ.

Carus указываетъ на то, что роды при существованіи перегородокъ часто прекращаются до срока и принимаютъ весьма неблагопріятное теченіе въ смыслѣ во 1-хъ слабой потужной дѣятельности, во 2 хъ кровотеченія и въ 3-хъ разрыва перегородки.

На подобные исходы указываютъ также Rokitansky, Küssmaul и др.

Klob и Rokitansky высказываются за то, что, повидимому, при существованіи перегородокъ существуетъ недостаточная выпирающая дѣятельность маточнаго дна; Küssmaul же обращаетъ вниманіе на несовпаденіе оси беременной половины матки съ осью тѣла и таза.

Ширшовъ (Врачъ 1898 г. № 29) въ своей работѣ говоритъ: „какъ извѣстно, существуютъ различныя объясненія причинъ затяжного теченія родовъ при двурогой маткѣ: по однимъ — причина заключается въ первичной слабости болей отъ недостаточнаго развитія маточныхъ мышцъ; по другимъ—обусловливается косымъ положеніемъ беременной матки, что вліяетъ неблагопріятно какъ на положеніе младенца и механизмъ родовъ, такъ и на потужную дѣятельность“.

Вполнѣ присоединяясь къ мнѣнію авторовъ, видящихъ препятствіе со стороны маточныхъ перегородокъ, мы тѣмъ болѣе присоединяемся къ мнѣнію тѣхъ, которые видятъ препятствіе для родовъ со стороны влагалищныхъ перегородокъ и находятъ нужнымъ удалять ихъ оперативнымъ путемъ, коль скоро онѣ будутъ діагносцированы.

Указывая на случаи, гдѣ перегородки сохранялись при родахъ, а также гдѣ авторы не являлись сторонниками мнѣнія, что перегородки служатъ препятствіемъ для родовъ и не видѣли смысла въ удаленіи перегородокъ, каковы: Oldhom, который приводитъ случай, гдѣ женщина рожала 17 разъ при vagina duplex, а septum оставалась цѣлой; Küssmaul—описавшій 10 случаевъ, въ которыхъ septum сохранялась; Андреевъ—у первородящей, по излитіи водъ прекратилась родовая дѣятельность и была обнаружена продольная перегородка во влагалищѣ, идущая на 3 пальца отъ входа и доходящая почти до свода и раздѣляющая рукавъ на двѣ половины.

Вызвана искусственно родовая дѣятельность, благодаря

чему передородка разорвалась, чѣмъ было вызвано сильное кровотеченіе; Балинъ, Herbert Male и др.

Я считаю необходимымъ указать на случаи: Jacobs'a, Lucowicz'a, Шлезингера, Шанявскаго, Гринева, у котораго на три случая разрывовъ приходится только одинъ случай цѣлости перегородки, Fleischmann'a, Braun'a, Fritsch'a и привести мнѣнія:

Славянскаго, находящаго, что операція разсѣченія перегородокъ влагалища должна быть предпринимаема не только для устраненія препятствій при родахъ, но и для предупрежденія вредныхъ вліяній и послѣдствій неблагопріятныхъ разрывовъ.

Müllera, который говоритъ, что если перегородки не будутъ сдвинуты головкой въ сторону, то изъ опасенія ихъ разрыва, который можетъ служить поводомъ къ сильному кровотеченію съ одной стороны и быть причиной септическаго процесса съ другой, необходимо перевязавъ ихъ перерѣзать.

Spiegelberg'a, высказывающагося за то, что „лучше разрѣзать перегородку на заранѣе выбранномъ мѣстѣ, чѣмъ предоставлять разорваться головкой".

Ferd. Köhrer предлагаетъ во избѣжаніе разрывовъ расщеплять или даже вырѣзывать перемычки и перегородки, представляющія препятствія.

Hofmeier,—совѣтуя разсѣченіе перегородокъ, рекомендуетъ предварительное наложеніе лигатуръ, такъ какъ послѣ разрѣза сосуды могутъ легко ускользнуть.

Эберлинъ, на основаніи мнѣнія Menier'a, видящаго въ перегородкахъ большое акушерское значеніе во 1-хъ въ томъ, что перегородки отклоняютъ зѣвъ отъ оси таза, во 2-хъ могутъ препятствовать при ногоположеніи и предлежаніи плечика, въ 3-хъ въ томъ, что могутъ понадобиться щипцы вслѣдствіе истощенія матки отъ предшествующихъ потугъ, не могущихъ преодолѣть препятствіе и въ 4-хъ въ возможности образованія rectocele или даже разрыва влагалища вслѣдствіе растяженія, дѣлаетъ слѣдующія заключенія:

1—Перегородки влагалища въ огромномъ большинствѣ случаевъ служатъ серьезнымъ препятствіемъ родовому акту.

2. Цѣлесообразно уничтожить препятствіе заблаговременно, разрѣзая перемычку между лигатурами.

3. Чѣмъ устраняется возможность кровотеченія, обусловливаемаго самопроизвольнымъ разрывомъ перегородки.

4.—Предупреждается послѣродовое заболѣваніе, вслѣдствіе некроза, которому подвергаются частицы разорвавшейся перемычки.

Итакъ на основаніи всего вышесказаннаго мы считаемъ себя въ правѣ притти къ заключенію, что аномаліи, въ смыслѣ раздвоенія полового аппарата, служатъ въ однихъ стадіяхъ препятствіемъ для беременности, въ другихъ, и, можетъ быть, въ еще большей степени, для родовъ, вслѣдствіе чего при діагнозѣ того или иного вида раздвоенія полового аппарата, мы считаемъ наиболѣе раціональнымъ удаленіе этого препятствія путемъ хирургическаго вмѣшательства, чѣмъ предупреждается: во 1-хъ замедленіе родовъ, во 2-хъ—лишняя травматизація, могущая послужить осложненіемъ безлихорадочнаго теченія пуэрперія, въ 3-хъ—кровотеченіе, которое не можетъ быть предотвращено при самопроизвольномъ разрывѣ перегородки, въ 4-хъ опасность для ребенка со стороны могущей появиться асфиксіи и въ 5-хъ—осложненія въ теченіи послѣдующихъ беременностей.

Приходя къ такому заключенію мы, конечно, имѣемъ ввиду желательность возможно ранней и точной діагностики той или иной формы раздвоенія полового аппарата, но къ сожалѣнію изъ доступной мнѣ литературы я долженъ былъ убѣдиться насколько трудна и неточна діагностика у большинства авторовъ, описывавшихъ тѣ или другія формы аномалій. Главнымъ образомъ это касается раздѣленія матки. Такъ напримѣръ Гиммельфарбъ въ своей работѣ указываетъ, что первый случай беременности въ зачаточномъ рогѣ двурогой матки, описанный Rokitansky'мъ былъ принятъ за трубную беременность.

Подобный же случай описанъ у Scanzoni.

У Küsmaul'я описано 10 случаевъ беременности въ зачаточномъ рогѣ двурогой матки, ошибочно принятыхъ за трубную беременность.

Тоже мы встрѣчаемъ у Winter'a; у Cullen'a—описанъ случай, гдѣ еще болѣе была запутана діагностика тѣмъ, что менструировала небеременная матка и такимъ образомъ менструація была принята за кровотеченіе.

Въ другихъ случаяхъ діагнозъ колебался между внѣма-

точной беременностью и кистой яичника (Славянскій) или фиброміомой и внѣматочной беременностью. Склифасовскій.

Нѣкоторые авторы старались указать признаки, по которымъ можно было бы во время хода родовъ предположить двуполостную матку.

Такъ Кемарскій указываетъ на появленіе во время потугъ борозды, соотвѣтствующей внутренней перегородкѣ матки; другимъ признакомъ авторъ считаетъ образованіе вогнутости дна матки, что однако наблюдается и безъ раздѣленія матки перегородкой (uterus arcuatus).

Личкусъ указываетъ на то, что въ небеременномъ состояніи зачаточные рога смѣшивались съ фиброміомами на ножкѣ и съ яичниками.

Онъ же указываетъ на отличительные признаки:

1) отхожденіе ножки зачаточнаго рога отъ внутренняго зѣва, 2)—нахожденіе снаружи беременнаго рога широкой связки (иногда это отсутствуетъ) (Wiener), 3) при беременности одного рога, отклоненіе небеременнаго въ сторону (возможно и при трубной беременности) 4) отсутствіе воспалительныхъ явленій, 5) мнѣніе Saenger'a, считающаго доказательнымъ сокращеніе плодовмѣстилища (наблюдается и при внѣматочной беременности), 6) въ нѣкоторыхъ случаяхъ считаетъ распознаваніе невозможнымъ.

Личкусъ же не видитъ серьезнаго значенія въ діагностическихъ ошибкахъ между внѣматочной беременностью и беременностью въ зачаточномъ рогѣ, такъ какъ ввиду послѣдствій и въ томъ и въ другомъ случаѣ показано чревосѣченіе.

Leopold считаетъ діагнозъ беременности въ рогѣ очень труднымъ до VI-ти мѣсяцевъ.

Такимъ образомъ, къ сожалѣнію, очевидна трудность діагноза и отсутствіе какихъ бы то ни было основательныхъ діагностическихъ признаковъ.

---

akusher-lib.ru

Смертельное кровотеченіе изъ печени при эклямпсіи *).

М. А. Колосовъ.

Несмотря на колоссальное количество труда и наблюденій, потраченныхъ на изученіе эклямпсіи, сущность этой таинственной и страшной болѣзни остается для насъ совершенно неизвѣстной.

Нельзя того же сказать о клинической и патологоанатомической картинахъ эклямпсіи:—и та, и другая изучены въ настоящее время настолько подробно, что, кажется, ничего новаго въ эти области внести уже невозможно.

Встрѣчаются, однако, изрѣдка такіе случаи, которые въ той или иной детали представляютъ рѣзкую особенность—такіе случаи, какъ мнѣ кажется, представляютъ несомнѣнный казуистическій интересъ, и, я надѣюсь, уважаемое собраніе не посѣтуетъ на меня за то, что я займу нѣсколько минутъ его времени сообщеніемъ одного наблюденія эклямпсіи, которое мнѣ пришлось пережить нынѣшнимъ лѣтомъ.

Дѣлаю это въ нашемъ обществѣ съ тѣмъ большимъ удовольствіемъ, что вмѣстѣ со мной наблюдали этотъ случай двое изъ нашихъ сочленовъ, Г. Ф. Матвѣевъ и Н. А. Цовьяновъ, которые, вѣроятно, не откажутся дополнить или исправить мое изложеніе, если я въ чемъ-либо ошибусь.

Позволяю себѣ кстати выразить обоимъ многоуважаемымъ товарищамъ мою глубокую благодарность за то совершенно исключительное участіе и помощь, которую они проявили въ данномъ случаѣ.

---

21 мая 1913 года въ амбулаторію при лѣчебницѣ И. К. Юрасовскаго явилась за совѣтомъ г-жа Б.—первобеременная 39 лѣтъ. Данныя анамнеза ничего особеннаго не представляютъ. Status praesens: нормальный тазъ, беременность на IX-мъ мѣсяцѣ. Рѣзкая отечность ногъ.

---

*) Докладъ, читанный въ засѣданіи Акуш. Гинек. О-ва въ Москвѣ II/XII. 1913 года.

akushelib.ru

Ввиду послѣдняго больной былъ данъ совѣтъ произвести анализъ мочи и пожаловать вторично уже съ результатами анализа. Больная исполнила первую половину совѣта и 27 мая произвела анализъ мочи, который показалъ присутствіе бѣлку въ количествѣ 0,5 pro mille и значительное количество гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ.

Однако съ данными этого анализа г-жа Б. пришла въ нашу амбулаторію вторично только 17 іюня, оставаясь почти цѣлый мѣсяцъ безъ всякаго лѣченія и не придерживаясь никакой діэты. Больной было указано, что принесенный ею анализъ потерялъ интересъ современности, предложено произвести анализъ вновь и ввиду сильной отечности уже не однѣхъ ногъ, но и брюшныхъ стѣнокъ было назначено обычное въ такихъ случаяхъ лѣченіе: молочная діэта, ванны, diuretin и Vichy.

Отмѣчу здѣсь, что въ половинѣ іюня въ Москвѣ стояла отвратительная, совершенно осенняя погода.

Въ ночь на 19-ое іюня мужъ больной сообщилъ мнѣ по телефону, что его жена почувствовала себя плохо.

Изъ нашего разговора выяснилось, что у г-жи Б. начинаются родовыя схватки, почему я и посовѣтовалъ привезти ее въ лѣчебницу. Въ 5 часовъ утра г-жа Б. дѣйствительно пріѣхала въ лѣчебницу: однако схватки тѣмъ временемъ утихли и больная вскорѣ по пріѣздѣ уснула въ родильной комнатѣ и, когда я зашелъ къ ней въ 8 часовъ утра, она продолжала спать.

Въ 9 часовъ г-жа Б. проснулась—отъ схватки, какъ она заявила дежурной акушеркѣ—и тутъ же съ ней произошелъ первый припадокъ эклямпсіи. Я былъ рядомъ, въ сосѣдней родильной и потому былъ около г-жи Б. тотчасъ же, когда припадокъ еще продолжался, и мнѣ бросилась въ глаза необыкновенная тяжесть и продолжительность припадка. Былъ впрыснутъ шприцъ морфія (0,01).

2-ой припадокъ произошелъ въ 9 ч. 25 мин., тоже очень тяжелый.

Общій видъ больной и тяжелое коматозное состояніе, въ которое она впала уже послѣ перваго припадка, къ несчастью, не оставляли никакого сомнѣнія, что имѣется дѣло съ очень серьезнымъ случаемъ эклямпсіи, который съ чисто акушерской стороны осложненъ еще первой беременностью при возрастѣ почти въ 40 лѣтъ.

Вызвавъ мужа больной и выяснивъ ему всю серьозность положенія его жены, я указалъ на безусловную необходимость консиліума.

Согласившись со мной, г-нъ Б. отправился къ Г. Ф. Матвѣеву, а я со своей стороны пригласилъ Н. А. Цовьянова.

Тѣмъ временемъ въ 9 ч. 40 м. и 10 ч. 35 м. у больной, остававшейся по прежнему въ очень тяжелой комѣ, повторились припадки.

Послѣ четвертаго былъ впрыснутъ второй шприцъ морфія (0,01).

Въ 11 ч. утра Г. Ф. Матвѣевъ произвелъ внутреннее изслѣдованіе, причемъ оказалось: матка беременная на X мѣс., головное предлежаніе плода, плотная шейка совершенно закрыта.

Тутъ же было спущено 100 куб. см. мутной, насыщенной мочи темнокоричневаго цвѣта.

Ввиду данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи и общаго тяжелаго состоянія больной мы единогласно высказались за необходимость немедленно приступить къ операціи влагалищнаго кесарскаго сѣченія.

Добавлю, что произведенный впослѣдствіи анализъ спущенной мочи далъ слѣдующія данныя: удѣльный вѣсъ 1,017; сывороточный бѣлокъ 8,3 pro mille; въ осадкѣ: порядочное количество лейкоцитовъ (7—20 въ полѣ зрѣнія); эритроциты, частью сохранившіеся, частью выщелоченные (3—10 въ полѣ зрѣнія); много гіалиновыхъ цилиндровъ, частью съ наложеніемъ жирно-перерожденныхъ клѣтокъ почечнаго эпителія; немного эпителіальныхъ цилиндровъ и масса зернистыхъ цилиндровъ.

Въ приготовленіи къ операціи, въ переговорахъ съ мужемъ прошло около часу:—въ это время припадки не повторялись, коматозное состояніе однако не улучшалось, а пульсъ замѣтно участился и сталъ рѣзко падать.

Въ началѣ перваго часа больная была перенесена въ операціонную и Н. А. Цовьяновъ приступилъ къ хлороформированію при помощи Roth-Dräger'овскаго аппарата.

Тутъ обнаружилось дальнѣйшее паденіе сердечной дѣятельности, и больная перестала дышать. Ввиду того, что всѣ принятыя для оживленія больной мѣры не приводили къ благопріятному результату, мы рѣшили въ интересахъ плода

произвести не влагалищное, а классическое кесарское сѣченіе. Оперировалъ Г. Ф. Матвѣевъ, а я ему ассистировалъ.

По вскрытіи брюшной полости изъ нея вылилось колоссальное количество крови, и источникъ этого кровотеченія былъ для насъ совершенно не ясенъ. Первое предположеніе, которое пришло было намъ въ голову, что мы не распознали внѣматочной беременности, опровергалось совершенно очевиднымъ наличіемъ беременной матки.

Вскрыта матка, извлечена дѣвочка въ 3760 граммъ въ глубокой асфиксіи, (оживить ея не удалось), удалено дѣтское мѣсто.

Послѣ этого мы стали искать источникъ кровотеченія. Всесторонне осмотрѣли матку, придатки, весь кишечникъ и, наконецъ, подошли къ печени. Печень оказалась типичной печенью эклямптички: вся она сплошь пронизана кровоизліяніями и некрозами, однако и на нижней ея поверхности мы не могли обнаружить источника кровотеченія.

Только отогнувъ печень книзу, мы увидѣли, откуда течетъ или, вѣрнѣе сказать, откуда вытекла вся кровь: на верхней поверхности лѣвой доли печени оказался поверхностный некротическій фокусъ величиной приблизительно въ полтинникъ. Изъ этого дефекта въ поверхности печени и произошло то кровотеченіе, которое повлекло за собой смерть нашей больной.

При такихъ условіяхъ вернуть больную къ жизни не было никакой надежды и мы закончили операцію на мертвой конечно, lege artis.

Изъ вышеизложеннаго уже ясно, въ чемъ интересъ описаннаго случая—интересъ его въ исключительной рѣдкости кровотеченія изъ печени.

Я просмотрѣлъ Jahresbericht за всѣ годы его существованія, внимательно перечелъ по возможности всѣ болѣе крупныя работы по эклямпсіи, какъ статистическія, такъ и патологоанатомическія, появившіяся за послѣднія 25 лѣтъ—и во всей этой литературѣ не нашелъ ни одного случая, аналогичнаго нашему, почему и готовъ считать его unicum.

Даже вообще нигдѣ не описано, чтобы смерть при эклямпсіи вызывалась кровотеченіемъ, какъ таковымъ, за исключеніемъ, конечно, чисто акушерскихъ кровотеченій.

Только Dührssen въ своемъ Vademecum der Geburtshilfe (Berlin, Karger 1913 стр. 159) мимоходомъ упоминаетъ, что онъ потерялъ одну больную—черезъ 5 часовъ послѣ родовъ и 45 часовъ послѣ послѣдняго припадка—и смерть этой больной была вызвана смертельнымъ желудочнымъ кровотеченіемъ вслѣдствіе некроза слизистой оболочки желудка.

И признаюсь, такая рѣдкость кровотеченій изъ органовъ кажется мнѣ очень поразительной, если принять во вниманіе, что кровоизліянія въ самые разнообразные органы встрѣчаются при эклямпсіи далеко не рѣдко, вѣрнѣе: сплошь да рядомъ.

Въ частности теперь уже непреложно установлено, что кровотеченія въ печень наряду съ тромбозами и некрозами ея паренхимы являются для эклямпсіи патогномоничными и отсутствуютъ при аутопсіи лишь въ рѣдкихъ случаяхъ.

Насколько однако часты кровоизліянія въ самую толщу, въ паренхиму печени, настолько же рѣдко наблюдаются кровоизліянія ея въ капсулу и въ частности подъ брюшину, покрывающую печень.

Такихъ случаевъ отмѣчено въ литературѣ всего нѣсколько, но и тутъ ни разу не наблюдалось свободнаго кровоизліянія въ брюшную полость.

Въ нашемъ случаѣ, повидимому, имѣло мѣсто именно такое подбрюшинное кровоизліяніе, но, вѣроятно, механическое растяженіе брюшины было здѣсь такъ велико, что брюшина надорвалась — и въ результатѣ получилось то колоссальное кровотеченіе въ брюшную полость, на которое мы натолкнулись при операціи.

Я выше упомянулъ, что одновременно съ паденіемъ пульса у нашей больной прекратились припадки эклямпсіи. Теперь post factum легко объяснить это тѣмъ, что здѣсь произошло такое кровопусканіе, какого мы никогда, конечно, не примѣняемъ при терапевтической venaesectio. Тогда же мы объяснили это тяжестью случая, ибо извѣстно, что прекращеніе припадковъ эклямпсіи, не сопровождаемое улучшеніемъ общаго состоянія, всегда плохой прогностическій признакъ.

Въ частности мы не остановились на мысли о возможности внутренняго кровотеченія еще потому, что лицо нашей больной все время оставалось ціанотичнымъ и одутловато-отечнымъ, какъ всегда при тяжелой эклямпсіи; — это не было осунув-

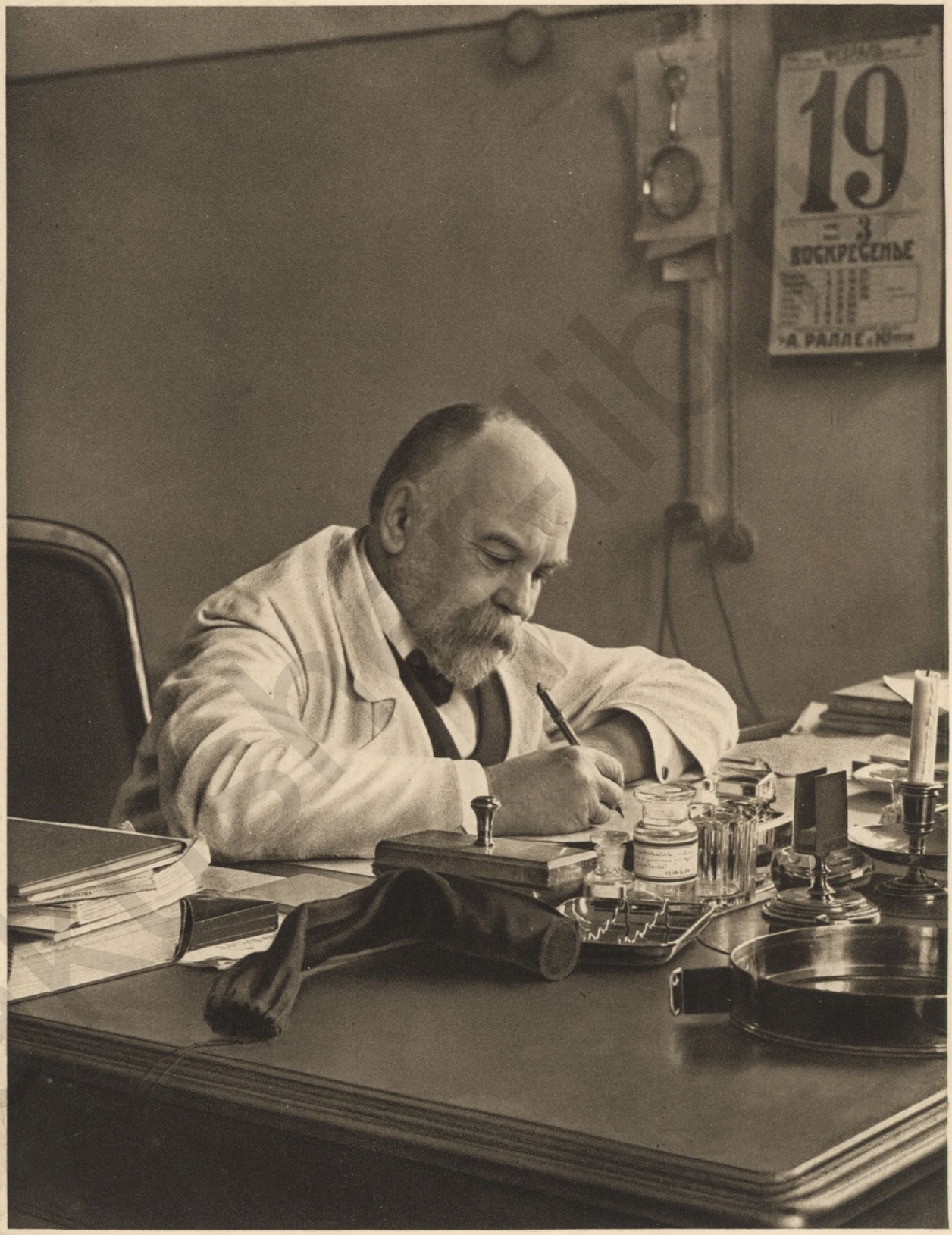
шееся смертельно блѣдное лицо, которое бываетъ при остромъ малокровіи.

Я исчерпалъ тему моего доклада, но въ заключеніе мнѣ хотѣлось бы указать, что нашъ случай до извѣстной степени является иллюстраціей вопроса о кесарскомъ сѣченіи на мертвыхъ, который наше общество обсуждало весной нынѣшняго года.

Несмотря на то, что больная наша скончалась на операціонномъ столѣ, несмотря на то, что мы извлекли ребенка при исключительно благопріятномъ для него стеченіи обстоятельствъ—все же оживить его намъ не удалось, что еще разъ показываетъ, что плодъ вѣроятно, очень часто умираетъ не послѣ матери, а скорѣе одновременно съ ней, почему шансы спасти его кесарскимъ сѣченіемъ всегда останутся минимальными.

---

akusher-lib.ru


19
3
ВОСКРЕСЕНЬЕ