

8092  
①

Nov. 29/14

akusher-lib.ru

У 267  
72



**ТРУДЫ**  
**ПЕРВАГО СЪЪЗДА**

**ОБЩЕСТВА**

**РОССІЙСКИХЪ**  
**АКУШЕРОВЪ И ГИНЕКОЛОГОВЪ.**

С.-Петербургъ

28—31 Денабря 1903 года.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. В. В. СТРОГАНОВА.

29  
667

82020

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

С.-Петербургская губернская типографія. Улица Глинки, 8.

1904.

## Иъ вопросу о разрывахъ матки съ демонстраціей препаратовъ.

Д-ръ Н. Ив ая овъ.

Практическое рѣшеніе вопроса, что слѣдуетъ предпринимать въ случаѣ разрыва матки во время родовъ, находится въ зависимости оттого, въ какой моментъ родовъ наступилъ разрывъ и когда онъ распознанъ.

Если разрывъ наступилъ тогда, когда подлежащая головка находится въ полости таза, то въ этомъ случаѣ показывается родоразрѣшеніе *per viam naturalem* посредствомъ щипцовъ, перфорацин и пр.

Если разрывъ наступилъ, когда головка была во входѣ или только еще прижимается ко входу, то послѣ разрыва головка отходитъ вверхъ и при полномъ разрывѣ плодъ уходитъ въ брюшную полость. Дѣлать-ли въ этихъ случаяхъ манротомію и извлекать ребенка черезъ рану брюшныхъ стѣнокъ, или дѣлать поворотъ и извлеченіе, объ этомъ мнѣнія еще расходятся.

Нужно думать, что относительно случаевъ, происхожденіе которыхъ объяснено суженіемъ таза, родоразрѣшеніе черезъ рану брюшныхъ стѣнокъ при такихъ обстоятельствахъ рациональнѣе. Статистика случаевъ, собранныхъ нами въ Московскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи за 25 лѣтъ показываетъ, что въ случаяхъ разрыва при узкихъ тазахъ было сдѣлано 19 разъ поворотъ плода, находящагося въ брюшной полости и послѣдующее извлеченіе.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ отмѣчается, что поворотъ совершается крайне легко, но зато извлеченіе почти всегда съ за-

трудненіємъ, а въ 12 изъ этихъ случаевъ отмѣченъ крайній трудности при извлеченіи. Разуздѣтся проведеніе послѣдующей головки, не проведеншей черезъ узкій тазъ при своемъ предлежаніи, требуетъ значительныхъ, иногда чрезвычайныхъ, усилій, при которыхъ рана разрыва увеличивается, а также происходятъ лишніе разрывы сосудовъ.

Относительно лѣченія разрыва послѣ родоразрѣшенія также не пришли еще къ единогласному рѣшенію. Еще до сихъ поръ раздаются голоса авторитетныхъ лицъ, какъ напр. *Schaula*, въ пользу консервативнаго. Еще недавно *Drahiesco* выставилъ статистику изъ 7 случаевъ съ 7 случаями оперативно лѣченными. На конгрессѣ въ Мадридѣ во время преній по поводу моего доклада о разрывахъ матки проф. *Пинаръ*, соглашаясь съ моими положеніями относительно этиологии и профилактики разрывовъ, относительно лѣченія ихъ, не вполне склонился къ оперативному методу, несмотря на то, что прибавка къ статистикѣ цифръ выставленнаго мною материала (124 случая) рѣшительно склонила чашку вѣсовъ на сторону оперативнаго метода лѣченія. (При консервативномъ методѣ 29% выздоровленія, при оперативномъ — 52%.

Но *Пинаръ* отчасти правъ: несмотря на краснорѣчіе языка цифръ, устанавливаюаго общій принципъ, состоящій въ томъ, что оперативный методъ лучше консервативнаго, нужно отвѣсти мѣсто еще и индивидуализаціи. Для того чтобы наши разсужденія объ индивидуализаціи разрывовъ были конкретны, и позволяю себѣ продемонстрировать свою коллекцію препаратовъ матокъ съ разрывами.

При разсматриваніи этой коллекціи легко устанавливается дѣленіе разрывовъ на нѣсколько видовъ. Помѣщаются эти разрывы въ истонченной части матки (ниже внутренняго зѣва), края разрыва имѣютъ рваный видъ, представляютъ изъ себя клочья и обрывки ткани, сильно имбибированы кровью, эта имбибиція проникаетъ глубоко въ существо матки; характеръ раны ушибленннй. Какъ-же протекаютъ такіе разрывы, предоставленные самимъ себѣ? Обыкновенно такіе разрывы сопровождаются внутреннимъ кровотеченіемъ въ брюшную полость, которое убиваетъ больныхъ (изъ 40 такихъ разрывовъ въ 13 случаяхъ причина смерти было лишь кровотеченіе, а въ 8—

кровотеченіе и сепсисъ, въ 9 случаяхъ—сепсисъ), или-же весьма предрасполагаетъ къ септическому перитониту. Дѣйствительно, нельзя ожидать, чтобы при такихъ условіяхъ, когда брюшная полость открыта внѣбрюшному міру и когда въ ней находится такой матеріалъ для развитія и поддержанія инфекціи, какъ кровяные сгустки,—нельзя ожидать, чтобы не развился перитонитъ. Во всѣхъ почти протоколахъ вскрытія отмѣчается, что эти сгустки въ брюшной полости находятся въ состояніи разложенія и издаютъ зловоніе. Особенно-же въ этомъ отношеніи поучителенъ одинъ случай (№ 1177 1882 г.), гдѣ смерть произошла на 5-й день и при вскрытіи найдено «въ полости брюшины масса разложившихся сгустковъ крови». При такихъ условіяхъ организмъ борется со смертью 5 дней. Если-бы эти сгустки были удалены 5 дней тому назадъ, то было-бы гораздо больше шансовъ на выздоровленіе.

Разъ причиной смерти является кровотеченіе, то оно не тотчасъ послѣ разрыва или родоразрѣшенія ведетъ къ развязкѣ, а убиваетъ медленно. Очевидно, разорванныя сосуды кровоточатъ мало-по-малу, постепенно и какъ-бы вызываютъ къ себѣ первязкѣ.

Итакъ, эти случаи требуютъ безусловно хирургической помощи, состоящей въ очисткѣ брюшной полости, въ очисткѣ раны и въ остановкѣ кровотеченія.

Достаточно взглянуть на представленную серію препаратовъ, чтобы сдѣлать заключеніе, что въ данныхъ случаяхъ при лапаротоміи показуется только *extirpatio uteri*. Зашиваніе такой разорванной, инфильтрированной раны, по большей части также инфицированной, нельзя считать приимлемымъ хирургическимъ методомъ; зашиваніе одной брюшины также не ведетъ къ цѣли (т. е. очистки раны). А между тѣмъ большинство разрывовъ самопроизвольные, да еще возникаютъ нескорѣ послѣ начала родовъ; это означаетъ, что въ самой стѣнкѣ матки существовало предрасположеніе къ разрыву; при послѣдующихъ родахъ это предрасположеніе не будетъ меньше, а наоборотъ—больше, поэтому матка будетъ еще меньше годна для благополучнаго окончанія родовъ. Цифры, показывающія результаты акстирипціи матки при разрывахъ, вполне подтверждаютъ наши заключенія.

Второй видъ разрывовъ не менѣе многочисленный (въ нашемъ матеріалѣ 42 случая), это разрывы боковые, продольные въ шейкѣ, которые проникаютъ въ клетчатку широкихъ связокъ, гдѣ образуется при нихъ обыкновенно гематома; по большей части эти разрывы бываютъ неполные. Эти разрывы почти всѣ насильственнаго происхожденія.

Консервативное леченіе этихъ разрывовъ дало почти такіе же результаты, какъ и предыдущая серія. Изъ 32 подобныхъ разрывовъ въ 16 случаяхъ смерть произошла отъ кровотеченія и сепсиса, въ 10—отъ сепсиса и въ 8 случаяхъ произошло выздоровленіе. Предрасполагающимъ моментомъ къ сепсису и здѣсь служатъ кровяные сгустки; полость гематомы, соединенная съ внѣшнимъ міромъ широкимъ отверстіемъ разрыва, наполненная мертвой массой кровяныхъ сгустковъ и клокочами оборванной ткани, превращается неизбежно въ гнойчій очагъ гніенія и разложенія. Въ рѣдкихъ благоприятныхъ случаяхъ гематома подвергалась самопроизвольному опорожненію и дѣло оканчивалось выздоровленіемъ. Чаще же не успѣвала больная оправиться отъ первичнаго кровотеченія, какъ начинался септический процессъ. Вольшую частію инфекция отъ гематомы переходила на брюшину, развивался перитонитъ, отъ котораго больные и погибали; въ протоколахъ вскрытія отмѣчается всегда въ подобныхъ случаяхъ кромѣ наличности перитонита—еще присутствіе гнойныхъ, разложившихся кровяныхъ сгустковъ въ полости гематомы.

Впрочемъ воспаленіе брюшины при подобныхъ условіяхъ можетъ и не быть и все-таки больная погибаетъ отъ разлитія или всасыванія вълѣдствіе неопорожненія полости гематомы отъ разлагающихся массъ, какъ это, напр., было въ одномъ случаѣ (№ 415 1889 г.), гдѣ смерть отъ нѣміи произошла только на 11-й день; источникомъ зараженія крови была обширный гангренозный, ихорозная полость гематомы; воспаленія же брюшины не было.

Изъ случаевъ, гдѣ смерть произошла отъ кровотеченія, особенно поучительны тѣ, гдѣ происходило повторное кровотеченіе. Такъ въ одномъ случаѣ (№ 1800 1897 г.) въ теченіе первыхъ сутокъ было замѣтно постепенное ослабленіе пульса, затѣмъ больная оправилась, но на 4-й день вновь



сильное кровотечение какъ наружное, такъ и внутреннее, во время котораго больная и умерла. Въ другомъ случаѣ (№ 109 1878 г.) на 8-й день возобновилось сильнѣйшее кровотечение, отъ котораго больная и погибла. На вскрытіи въ полости гематомы найдено «множество пустыхъ венозныхъ сосудовъ, изъ которыхъ нѣкоторые зияють».

Въ третьемъ случаѣ (№ 413 1878) на второй день вынуты громадныя кровяныя сгустки изъ влагалища; на 3-й день изъ влагалища выведено опять громадное количество кровяныхъ сгустковъ, на 14-й день опять паденіе пульса, вновь появилось очень сильное кровотечение, имѣлъ со свѣжей кровью выходить вонючія массы. На 15 день— снова кровотечение— смерть. На вскрытіи— въ полости гематомы найдены двѣ крупныя зияющія вены. И въ другихъ случаяхъ при аутопсії были найдены разорванныя сосуды.

Всѣ эти случаи еще разъ съ необыкновенной ясностью показываютъ, какъ необходима при нихъ хирургически-раціональная помощь, состоящая въ перевязкѣ сосудовъ и въ очищеніи полости гематомы, что возможно только посредствомъ лапаротоміи. Попытки перевязывать сосуды per vaginam не вели къ цѣли.

Въ этихъ случаяхъ также, какъ и въ прочихъ, можно было наблюдать у постели больныхъ, а также и читать въ истеричкѣ родовъ, что паденіе пульса происходило въ большинствѣ случаевъ постепенно. И больныя погибали не отъ непосредственнаго кровотечения послѣ разрыва, а отъ послѣдствительнаго.

Вообще нужно замѣтить, что это правило распространяется на всѣ вообще случаи разрывовъ матки, окончившіеся смертью отъ кровотечения. Такое правило замѣчено было и другими авторами—*Drahiesko* и *Kalomenkin*. По образцу этихъ авторовъ и я составилъ таблицу изъ своего матеріала съ распределеніемъ случаевъ умершихъ отъ кровотечения по времени смерти послѣ родовъ или родоразрѣшенія.

Тотчасъ послѣ родовъ.	Черезъ 1—2 час.	Черезъ нѣсколько часовъ.	Черезъ нѣк- дн.
1		3	
3	3	20	23
Итого . 4	3	23	23

Таблица показывает, что въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ смерть происходитъ не тотчасъ, а черезъ нѣсколько часовъ послѣ родоразрѣшенія. Таблица поучаетъ относительно разрывовъ послѣдней категоріи, что если констатированы разрывы и нѣтъ рѣзкихъ явленій внутренняго кровотечения, то нельзя успокаиваться: нужно тщательно слѣдить за пульсомъ, слѣдить за образованіемъ и ростомъ гематомы и вообще тщательно изслѣдовать разрывы. Можетъ быть въ подобныхъ случаяхъ возможно будетъ изслѣдованіе разрыва не только ощупываніемъ, но и рѣзіемъ при помощи освѣщенія по методу проф. *Д. О. Отта*; стоитъ увидѣть при этомъ кровоточащій сосудъ, какъ лапаротомія показана.

Затѣмъ отмѣчается еще одна группа разрывовъ, гораздо менѣе многочисленная, именно небольшихъ заднихъ разрывовъ шейки, проникающихъ въ заднее Дугласово пространство. Такихъ разрывовъ въ нашемъ матеріалѣ—6. Эти разрывы иногда бываютъ самопроизвольные вслѣдствіе протиранія шейки о мѣсь или объ экзостозы, или же бываютъ насильственные; въ послѣднемъ случаѣ они имѣютъ продольное направленіе и срединное положеніе, протяженіе ихъ—3—6 сант. Кровотеченія при такихъ разрывахъ обыкновенно не бываютъ и больныя гибнутъ отъ септической перитонита. Протоколы вскрытія показываютъ, что отдѣляемое матки при такихъ разрывахъ попадаетъ въ заднее Дугласово пространство. Эти разрывы часто остаются нераспознаваемыми. Лѣченіе такихъ разрывовъ, если они распознаны тотчасъ послѣ ихъ возникновенія, можетъ быть консервативнымъ: оно можетъ состоять въ прочномъ зашиваніи разрыва, въ крайнемъ случаѣ въ тампонаціи ихъ; конечно и въ этихъ случаяхъ можетъ очень пригодиться, на случай постепеннаго кровотеченія, изслѣдованіе разрыва рѣзіемъ, при помощи метода освѣщенія.

Разрывы тѣла также можно лѣчить консервативно при помощи лива, если этому благоприятствуютъ обстоятельства. Изъ представленныхъ мною 3-хъ препаратовъ разрыва тѣла одиень, повидимому, можно было зашить, не посягая на принципы хирургіи.

Есть еще разрывы, направленіе, форма и происхожденіе которыхъ весьма различны. Лѣченіе ихъ опредѣляется обстоя-



тельствами каждого отдельнаго случая и тѣми принципами, которые выработаны относительно описанныхъ группъ разрывовъ.

Резюме: при поперечныхъ полныхъ разрывахъ лапаротомія и, чаще всего, экстирпация или ампутація (по *Porro*).

При боковыхъ продольныхъ, если нѣтъ кровоточенія и гематомы, можно выжить, но больныхъ нужно оставлять подъ строгимъ наблюдениемъ, такимъ же строгимъ, какъ при *gravida extrauterina*. Если же замѣтно постепенное паденіе пульса и образованіе гематомы, — лапаротомія, перевязка сосудовъ и проч., смотря по обстоятельствамъ.

Къ докладу привать-доцента *Д-ра Иванова.*

### „О разрывахъ матки“.

Д-ра П. И. Стоянова изъ Плевны (Болгаріи).

Не соглашаясь съ мнѣніемъ докладчика, я полагаю, что при разрывѣ матки нѣтъ необходимости прибѣгать къ лапаротоміи, а плодъ можно извлечь путемъ поворота, что и было сдѣлано мною въ 5 случаяхъ, изъ которыхъ—4 разрыва матки и 1 разрывъ влагалища. Случаи эти я наблюдалъ за послѣдніе 3 года въ Ловчѣ и Плевнѣ въ больницѣ Имени Царя-Освободителя Александра II. Въ этихъ случаяхъ, гдѣ плодъ находился въ моментъ операциі отчасти въ полости матки, отчасти совсѣмъ въ брюшной полости, мнѣ удалось безъ всякихъ затрудненій извлечь плодъ поворотомъ безъ того чтобы разрывъ отъ этого увеличился, хотя разрывъ въ этихъ случаяхъ былъ отъ 5—10 сантим.

Вопросъ этотъ я считаю весьма важнымъ для насъ, работающихъ въ небольшихъ городахъ, гдѣ насъ легче могутъ обвинить въ причиненіи смерти вслѣдствіи лапаротоміи.

Вотъ мой случай: *1. Presentatio humeri sinistri, ruptura fundi uteri.* 30 лѣтняя *Sextipara* изъ села Радювени Ловгинск. округа поступила въ Ловчин. больницу 10 Ноября 1900 г. боли начались наканунѣ, къ вечеру выпала лѣвая ручка; при поступленіи констатировано лѣвое плечевое предлеженіе и выпаденіе лопатки изъ влагалища обильное отдѣленіе кровяныхъ сгустковъ; мелкія части прощупываются весьма поверхностно, пульсъ нитевидный, ціанозъ. Безъ наркоза сдѣлать поворотъ и плодъ извлечь

чень весьма легко; послѣ этого констатированъ разрывъ матки въ 10—12 с. длина до дна ея, чрезъ который рука свободно проходитъ въ полость живота. Больная умерла на операционномъ столѣ прежде чѣмъ ей успѣли сдѣлать *histerectomia abdominalis*. Вскрытіе недопущено.

*II случай. Presentatio humeri sinistri, ruptura ostii int. corporis uteri:* 27 лѣтняя Secundipara изъ села Александрин Ловинск. округа поступила въ Ловинск. больницу 27 июня 1901 г. Беременность 9 мѣсяцевъ 2 дня т. н. начались роды, лопнулъ пузырь и выпала лѣвая ручка; движенія плода прекратились. По дорогѣ въ больницу почувствовала внезапно сильную боль; появилось обильное кровоточеніе. Общее состояніе хорошее, анемія нѣтъ. Лѣвая ручка и разложившаяся пуповина выпали изъ влагалища; наружный зѣвъ матки цѣлъ; чрезъ него во внутреннемъ зѣвѣ сѣва нащупывается отверстіе въ 12—15 с. длиною съ острымъ краемъ. Въ остальномъ матка цѣла, а чрезъ отверстіе рука оцупываетъ кишки и даже почку. Среди кишекъ найдены ножки плода, который легко вытаскивъ выветъ съ плацентой. Тотчасъ затампована матка. Къ вечеру началась рвота, которая прекратилась на 2 и 3 день общаго состояніе было безнадежнымъ и безъ повышен. темпер., хотя пульсъ былъ частъ. Больная скончалась на 3-й день съ слабыми перитонеальными явленіями при сильной *diarrhea*. При вскрытіи обшій гнойный перитонитъ, разрывъ матки и внутр. зѣва ея въ 12—15 с. сѣва и посрединѣ выше дна мочевого пузыря.

*III случай. Presentatio humeri sinistri, ruptura uteri et vaginae.* 24-хъ лѣтняя *tertipara* изъ села Муселого поступила въ Плевненскую больницу 16 авг. 1901 г. Беременность 9 мѣс. Наканунѣ начались роды. Утромъ лопнулъ пузырь къ вечеру выпала ручка. Съ 16-го утромъ боли сразу прекратились большая цианотична, пульсъ слабъ, животъ бодрзненъ, мягкія части поверхности; сдѣланъ поворотъ и ребенокъ до голонки очень легко извлеченъ. Головка задержалась нѣсколько минутъ и была навлечена лишь послѣ перфорацин. Такъ какъ имѣлось кровоточеніе, я проникъ рукой въ матку, чтобъ извлечь плаценту, но къ моему удивленію она тамъ не оказалась. Я констатиро-

валъ съ правой стороны разрывъ шейки и тѣла матки въ 10—12 с. длины; прикрѣпленіе шейки къ влагалищу отъ лѣваго до праваго свода совершенно разорвано. Изъ брюшины рукой навлечена плацента и много черныхъ сгустковъ крови. Больная стала цианотична и умерла на операционномъ столѣ до *histerectomi*и.

*IV случай. Partus dystoticus, ruptura vaginae.* 30 лѣтняя *quintipara* изъ села Залково (Плевн. окр.) поступила въ Плевн. больн. 25 апрѣля 1902 г. 3 года тому назадъ родила 6-го мертв.аго ребенка. Одинъ годъ не было мензуга. Считаетъ себя беременной съ іюня прошлаго года. 2 дня т. н. начались роды. Къ вечеру лопнули пузырь и движенія плода и боли прекратились. 24-го вечеромъ сильныя боли въ животѣ, кровотеченіе и больная кля и въ другихъ 2-хъ случаяхъ пошла пѣшкомъ изъ амбулаторіи въ операционную; больная цианотична, пульсъ нитевиденъ, шарное. Головка плода видна во влагалищѣ, очень подвижна; я легко поворотомъ навлекъ плодъ вмѣстѣ съ плацентой. Послеъ этого къ моему удивленію я констатировалъ, что задній лѣвый сводъ влагалища совершенно разорванъ и рука легко входитъ въ брюшную полость, прощупывая дѣлую матку, въ которой я подовѣривалъ разрывъ. Тоже констатировано и чрезъ шейку матки. Плодъ—3000 гр., плацента—500. Въ 1½ ч. ночи больная умерла. При вскрытіи діагнозъ подтвердился. Разрывъ въ 10 с. длины и 5—6 с. ширины въ лѣвомъ и заднемъ сводѣ; въ брюшной полости сгустки крови и сличнаго перитонита вблизи разрыва.

*V случай. Ruptura vaginae intra partum.* 35 лѣтняя 7-пара изъ Плевны всегда правильно рожала. Поступила въ больницу 16 іюня 1903 г. 9 мѣс. беременности. Съ утра начались роды. До 2 часовъ пополудни занималась хозяйствомъ, даже ходила по воду. Въ это время лопнули пузырь. Въ 4 часа дня почувствовала сильную боль въ животѣ и потути и движенія плода прекратились. Ночью больную привезли въ больницу. По дорогѣ у нея была рвота. Больная анемична; животъ болѣзненъ, кровотеченіе. Пульсъ слабъ, въ лѣвой сторонѣ таза прощупывается головка плода. При аускультаци маточный шумъ; пуповина вышла

изъ влагалища. У шейки справа констатируется плацента, въ среднѣй мелкій части и возлѣ нѣхъ головка болдотирующая. Поворотомъ я легко извлекъ ребенка. Послѣ 30 минутъ ожиданія и безуспѣшной манипуляціи по *Crédé* я рѣшилъ навлечь плаценту рукой, но къ моему удивленію рука чрезъ разрывъ среднюю своду влагалища въ 15 с. длины проникла въ полость живота и извлекла между петлями кишекъ плаценту. Матка и шейка совершенно цѣлы. Такъ какъ имѣлось сильное кровотеченіе сейчасъ была произведена *histerectomia abdominalis* подъ наркозомъ. При вскрытіи брюшины извлечено много сгустковъ крови. Лѣвая арт. uterina сильно кровоточила и была перевязана. Былъ констатированъ разрывъ передн. свода влагалища отъ лѣваго до праваго и разрывъ лѣвой широкой связки. Матка была навлечена въ 25 мин. Влагалище зашито непрерывнымъ швомъ. Больная получила *Syncope* и скончалась на операционномъ столѣ несмотря на все, даже на массажъ сердца чрезъ діафрагму. Матка 15 с. дл., 16 ширин. и 12 глубин.

*VI случай. Abortus tertimensis, metrorrhagia evacuatio uteri, perforatio accidentalis uteri.* 22 лѣтняя второрожающая изъ села Асѣнова (Плепп. окр.) поступила въ Плевн. больницу 7 марта 1903 г. 4 мѣс. у ней *metrorrhagia* и иногда *leucorrhoea*. 3 г. назадъ родила здороваго ребенка. 8 м. назадъ *abortus*. Мужъ сифилитикъ лечился 3 г. т. н. въ нашей больницѣ. Матка увеличена 3 мѣс. Звѣзъ полуоткрытъ, отеченъ и язвененъ. По всему тѣлу *stipitio nigrescens*. Въ истеченіи нѣтъ гонококковъ. 12 дней ей дѣлали тампонацію, промываніе и проч., такъ какъ кровотеченіе не прекращалось и нуновиа 19-го вынала отчасти, то въ тотъ-же день ей сдѣлано расширеніе шейки отчасти *Рван'омъ*, отчасти *Сим'омъ*. Ребенокъ извлеченъ частями. При попыткѣ навлечь головку захваченную *Рван'омъ*, послѣдняя исчезла. Исследуя внутренность матки пальцемъ, я констатировалъ разрывъ по задней стѣнкѣ ея въ 4 сант. Подъ наркозомъ сдѣлана лапаротомія и 8-ю уздоватыми цефроникающими въ полость матки швами разрывъ былъ зашитъ. 5 июня больная покинула больницу совершенно здоровая.

*Заключеніе.* Скажу, что въ 3 изъ моихъ 5 случаевъ весь плодъ былъ въ брюшной полости, а въ остальныхъ только

отчасти и при всемъ этомъ поворотъ удался очень легко, что и говоритъ противъ утверженія докладчика, что плодъ всегда нужно извлечь historectomíей. Прогнозъ по моему плохой, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ намъ приходится очень поздно видѣть и помогать больной. Я больше склоненъ къ консервативному леченію и думаю, что къ histerectomia слѣдуетъ прибѣгнуть лишь въ крайнемъ случаѣ.

акusher-lib.ru



## Случай разрыва матки и заднего свода при поперечномъ положеніи съ выпаденіемъ ручки.

Д-ра Славчева.

Въ виду того, что въ числѣ программныхъ вопросовъ, назначенныхъ для обсужденія на первомъ всероссійскомъ съѣздѣ по акушерству и гинекологіи, находится и вопросъ о разрывѣ матки, позволяюсь случаемъ сообщить Вамъ объ одномъ случаѣ разрыва матки, оперированномъ мною въ гинекологическомъ отдѣленіи Александровской больницы въ Софіи въ прошломъ году. Роженица Ц. М., занимающаяся хозяйствомъ, 26 лѣтняя, болгарка, жительница Софіи, поступила 18-го Февраля с. года въ гинекологическое отдѣленіе въ состояніи сильной анеміи съ поперечнымъ положеніемъ плода. Первые менструація была на 16-мъ году съ болѣю внизу живота и въ поясницѣ, продолжалась 7 дней, обильно; слѣдующіе регулы приходили по тому же типу. Вышла замужъ 8 лѣтъ тому назадъ. Родила троицхъ дѣтей живыхъ, въ нормальный срокъ безъ осложнений въ послѣродовомъ періодѣ. Выкидышей не было. Последняя менструація была 18-го Мая, движеніе плода почувствовала въ концѣ Сентября. Родовые боли начались 15-го Февраля къ вечеру, продолжались правильно, и умеренно, 17-го усилились; приглашена была простая бабка, которая, не вымывши руки, послѣдовала роженицу, во время послѣдованія пузареь лопнулъ и показалась ручка; испугавшись она пригласила другую простую бабку; чтобы помочь роженицѣ, обѣ стали тянуть за ручку, вследствие чего роженица упала въ обморокъ отъ сильной боли. Такъ какъ роды не окончились и положеніе роженицы ухудшилось, приглашенъ

былъ врачъ, который и посоветовалъ отправить роженицу въ больницу.

Роженица средняго роста и тѣлосложенія, очень блѣдная, авемичная, истощена, лицо втянуто, покрыто холоднымъ потомъ, не можетъ двигаться, даже и голову поднять не можетъ, конечности холодныя, часто дѣлается дурно. Пульсъ слабъ, слабого наполненія 128 въ минуту,  $t^{\circ}$  36,9. Дно матки прощупывается на два поперечныхъ пальца надъ пупкомъ. Черезъ утонченные брюшныя стѣнки опредѣляется довольно неясно конфигурація матки. Поперечный діаметръ матки больше продольнаго. Въ лѣвой шеечной области близко къ лонному сочлененію, прощупывается выпуклая твердая шаровидная часть плода — головка; стѣнки матки вялые, мягкія, не сокращаются; матка какъ и цѣлый животъ болѣзненны. Сердцебиеніе плода не слышно; у входа влагалища виситъ правая ручка плода, почти до самого плеча, отекистая и синеватая цвѣта. Рукою, введенною во влагалище, констатируется, что часть туловища глубоко видѣрена въ эксканацию таза и какъ бы въ маточнаго отверстія, потому что вся верхняя часть влагалища была выполнена туловищемъ плода, а края шейки и влагалищный нижній сводъ нечаянно было прощупать даже у самаго промонтогіумъ. Вынувъ руку, изъ подъ туловища хлынула обильная черная кровь, которая была задержана туловищемъ, какъ бы тампономъ. Въ виду того, что положеніе больной ухудшалось отъ потери крови, было ей вприсунато 500 гр. фізіолог. раствора съ 0,20 cent — кофеинъ и сейчасъ же была наркотизированна. Помощью крючка Брауна сдѣлала декантацию плода, затѣмъ экстракцію туловища и наконецъ головки по общепринятому способу. Такъ какъ кровотеченіе было очень сильное изъ матки, нужно было сѣкнуть съ экстракціей плаценты; введенная рука въ полость матки, нашла послѣднюю опорожненной, тогда вторично шель рука по пупочному канатику, и къ моему удивленію рука пошла въ брюшную полость, гдѣ и находилась плацента среди кишекъ. Экстракція плаценты было очень легка. Оказалось, что на задней половинѣ нижняго сегмента матки какъ разъ посерединѣ есть разрывъ начинающійся отъ края шейки къ верху къ кольцу Bandl'я, на протяженіи около 12 сант., чрезъ который и проникла плацента въ брюшную полость; кровью разрыта матки

оказалось, что и задній сводъ влагалища вмѣстѣ съ перитонеальнымъ листкомъ, образующимъ дугласову ямку, разорваны. Нужно было сейчасъ рѣшиться или на Hysterectomy или зашить рану, дравировать матку и брюшную полость. По соображеніямъ ниже высказаннымъ я предпочелъ второе. Двумя длинными пепсами Douen'a и forcipressure и захватилъ края раны на всей ихъ длине, этимъ была достигнута отчасти остановка кровотечения паъ вѣтви art. uterina и кромѣ того зашивание дѣлалось гораздо легче. Начиная съ верхняго края раны наложилъ 9 толстыхъ шелковыхъ лигатуръ, проникающихъ только черезъ мускулатуру матки. Кровотеченіе остановилось, матка была промыта 5-ю литрами физиологическаго раствора и хорошо затампонирована; задній сводъ и перитонеальное отверстіе оставилъ незашитыми, потому что боялся проникновенія микробовъ вмѣстѣ съ плацентой; оставленъ былъ дренажъ изъ іодоф. марли.

Такъ какъ послѣ окончанія операци, пульсъ большой былъ чрезвычайно слабъ, введены ей были 6 инъекцій—съ Camph. и Aether и 1000 гр. въ v. mediana лѣв. руки физиолог. раствора. Дедъ на животъ и я правана съ Ergotin 0,05 для сокращенія матки, которая была очень атонична.

18/п. Пульсъ полный, 118, т. 38,° рвало 2 раза, матки хорошо сокращена, кровотеченіе умеренное, большой упадокъ силъ. 3 кор. опи по 0,02.

19/п. Утр. спала немного, рвало много, животъ вздутъ, болѣзненъ, т° 38,°. п. 128 слабъ, языкъ обложенъ, кровотеченіе умеренное. 1000,0 когит подкожно, 3 мятек. съ coffein по 0,10, дедъ на животъ.

20/п. Рвало ночью нѣсколько разъ, послѣ клизмы выпустила много газовъ, послѣ чего уснула. Теперь ей лучше, боли въ животѣ и метеоризмъ слабѣе. Матка сокращена, пульсъ хорошъ 110 въ м. т° 37,9.

21/п. Животъ вздутъ и болѣзненъ, газы не выходили, Пульсъ хорошъ 118. т° 38,°. Послѣ ридинки прослабляю 2 раза.

На другой день марлю изъ матки и изъ брюшной полости вынулъ, промылъ матку и снова затампонировалъ. Съ этого дня положеніе постепенно улучшалось. На 12-ый день послѣ операци

снялъ пивы, рава матки хорошо зажила; задвѣй сводъ еще пропускалъ іодоф. дренажъ; на 26-й день послѣ родовъ она была совершенно здоровой.

Какъ видно изъ описанія, разрывъ матки былъ полный т. е. разорваны были всѣ три слоя матки; локализациа его — надняя часть нижняго сегмента матки. Произошелъ во время родовъ; какъ извѣстно, различаютъ съ точки зрѣнія этиологии спонтанный и травматическій разрывъ матки.

По статистикѣ *Jolly* спонтанные разрывы во время родовъ наблюдаются чаще, чѣмъ травматическіе; изъ 578 случаевъ, 376 были спонтанные, а 197 травматическіе. У моей роженицы, какъ видно изъ анамнеза, были условія, способствующія и первому и второму типу разрыва и какъ условія, предрасполагающія къ произвольному разрыву, отмѣтимъ: что она multipara, что пузырь лопнулъ преждевременно, а важнѣе всего, что положеніе плода было поперечное и что роды продолжались очень долго, при сильныхъ и постоянныхъ сокращеніяхъ матки. При этихъ условіяхъ, если роды запущены, можетъ получиться легко произвольный разрывъ матки. Механизмъ происхожденія этого типа разрыва описанъ еще въ 1875 г. *Vandermъ*. Но въ анамнезѣ роженицы есть важное обстоятельство, которое говоритъ скорѣе въ пользу травматическаго происхожденія разрыва у нея: приглашенная простая бабка, чтобы помочь роженицѣ, тянула за ручку плода, если къ этому времени нижній сегментъ матки выѣхалъ съ шейкой были очень растянуты и расширены, и матки сильно сократилась, то разрывъ могъ легко сдѣлаться, а въ виду того, что послѣ этой манипуляціи роженицѣ сдѣлалось дурно и почувствовалась сильная боль внизу живота, вѣроятно всею, что разрывъ въ моемъ случаѣ травматическаго происхожденія. Разрывы подобнаго происхожденія описаны проф. *Budin'омъ* въ его *thèse d'agregation*.

**Полюые** разрывы матки самые опасныя. Опасность находится въ зависимости отъ количества потери крови и отъ возможной инфекціи. Но самымъ тяжелымъ случаемъ считается, когда плодъ проникаетъ въ брюшную полость черезъ мѣсто разрыва, потому что кромѣ большой потери крови сразу, кромѣ возможной общей инфекціи, можетъ наступить еще септический перитонитъ, какъ самое тяжелое осложненіе.

Въ послѣдніе 25 лѣтъ, благодаря введенію антисептики въ акушерство и усовершенствованію оперативной техники, прогнозъ, хотя и немного, сталъ лучше, что видно изъ слѣдующихъ двухъ статистикъ: *Jolly* въ своей тезѣ собралъ 580 случаевъ брюшныхъ и неполныхъ разрывовъ матки, изъ нихъ 100 случаевъ выздоровленія, — результатъ, по его мнѣнію, благопріятный. *Mez* изъ 227 случаевъ, собранныхъ послѣ работы *Jolly*, (т. е. въ 1870 г.) послѣ введенія антисептики, отхлѣтилъ 82 выздоровленія или 17% выздоровленія до антисептики и 36% послѣ нея.

Prognosis для ребенка еще хуже. Въ статистикѣ *Jolly* изъ 227 случаевъ только 18 дѣтей спаслись и 219 погибли, не считая тѣхъ, у которыхъ сдѣлана была Embryotomia.

До антисептики лѣченіе разрыва матки дѣлалось по слѣдующимъ тремъ методамъ: *ожиданіе*, извлеченіе плода черезъ естественный путь и извлеченіе черезъ лапаротомію, въ случаѣ проникновенія плода въ брюшную полость. По *Jolly* изжидательный способъ далъ 1,50% выздоровленій, извлеченіе плода черезъ естественный путь 19%, а черезъ лапаротомію 68%.

Введеніе антисептики въ акушерство видоизмѣнило взгляды на лѣченіе разрыва матки. Акушеры постепенно приняли къ убѣжденію, что многіе случаи разрыва можно съ успѣхомъ лѣчить болѣе простыми средствами: инъекціями, дренажемъ, тампонадѣй, не подвергая никакой роженицу большому риску, но тѣмъ не менѣе сохранили лапаротомію для болѣе тяжелыхъ случаевъ.

Это короткое историческое изложеніе методовъ лѣченія разрыва показываетъ, что сдѣланъ большой прогрессъ въ этомъ отношеніи и что мы теперь располагаемъ болѣе вѣрными и испытанными средствами для успѣшной борьбы съ этимъ страданіемъ. Разсмотримъ теперь подробнѣе различные способы лѣченія: 1) Лѣченіе профилактическое. Требуется прежде всего хорошаго ознакомленія съ причинами возможнаго разрыва матки и механизмомъ его происхожденія. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ есть *dystocia*, врачъ долженъ внимательно слѣдить за родовымъ актомъ и стараться избѣгнуть разрыва. Если напр. при положеніи поперечномъ пузырь лопнулъ и матка сильно сокра-

щается, нужно въ особенности бояться сильнаго растяженія нижняго сегмента и шейки. Въ такомъ случаѣ, чтобы избѣгнуть послѣдняго и предупредить разрывъ, нужно кончать поскорѣе роды или поворотомъ, если ребенокъ живъ и если это возможно, а при мертвомъ плодѣ — Embryotomia.

2) Лѣчение разрыва, происшедшаго во время родовъ. Если разрывъ уже произошелъ, первымъ дѣломъ должно быть извлеченіе плода и плаценты. Выжидательное лѣчение старыхъ акушеровъ, какъ мы видѣли, давало печальные результаты. Этимъ мы могли бы скорѣе и вѣрнѣе остановить хоть временно, кровотеченіе и поднять силы сердца разными возбуждающими, инъекціями кофеина, эфиря, физиологическаго раствора и пр. и этимъ подготовить больную къ операциіи.

Извлеченіе плода можно сдѣлать, смотря по обстоятельствамъ, или черезъ естественныя пути, или черезъ лапаротомію. Тамъ, гдѣ есть возможность, не употребляя большого травматизма, нужно кончить роды черезъ естественныя пути и если при неполныхъ или хотя и полныхъ, но небольшихъ разрывахъ, кровотеченіе останавливается при примѣненіи болѣе простыхъ средствъ — инъекціи, тампонаціи — то нужно отказаться отъ лапаротоміи; послѣднюю нужно сохранить для случаевъ болѣе сложныхъ, напр. при большихъ полныхъ разрывахъ или при выпаденіи плода въ брюшную полость.

Послѣ извлеченія плода и плаценты приступаютъ къ тампонаціи, введенной впервые *Дирксомъ* съ большимъ успѣхомъ. Тампонація дѣлается іодоформенной марлею и должна проникать чрезъ мѣсто разрыва. Этимъ обеспечивается и антисептика и остановка кровотеченія; если послѣднее не остановлено, тогда нужно прибѣгнуть къ зашиванію края разрыва per vaginam, какъ было сдѣлано въ случаяхъ *Horrocks'a*, *Шмауса*, *Холмторова* и др. Не хочу Васъ утомлять описаніемъ способа тампонаціи и зашиванія.

Выше было сказано, что если плодъ попалъ черезъ мѣсто разрыва въ брюшную полость, или если перечисленные способы не остановили кровотеченіе, тогда нужно прибѣгнуть къ лапаротоміи. Она позволяетъ хорошо разсмотрѣть края разрыва, зашить рану, дезинфицировать и дренировать брюшную полость. *Леопольдъ*, *Фришъ*, *Фелингъ* и др. даже совѣтуютъ при-



бѣгать во всѣхъ случаяхъ разрыва матки къ чревосѣченію; согласаться съ этимъ, конечно, нельзя, имѣя въ литературѣ массу тяжелыхъ случаевъ разрыва, выздоровѣвшихъ съ примѣненіемъ простой тампонаціи или зашиванія per vaginam.

При извлеченіи плода чревосѣченіемъ матку или сохраняютъ, или удаляютъ, смотря по величинѣ разрыва, состоянію краевъ раны и смотря по тому, существуетъ-ли инфекция или нѣтъ. При сохраненіи матки зашиваютъ или тампонируютъ отверстіе—результаты выздоровленія по *Mers'у* почти одни и тѣже. Удаленіе матки дѣлають или по способу *Porro*, или тотальную *extirpationem*; а если необходимо удалять матку только ради остановки кровотеченія или избѣжанія инфекции, я думаю, что лучше приступить къ *hystorectomia-vaginalis*, какъ въ случаѣ смертельнаго кровотеченія или родильной горячки при плацентѣ *praevia*, чѣмъ прибѣгнуть къ лапаротоміи—это и труднѣе и долѣе тянется.

Перехожу теперь къ леченію моего случая. Разрывъ нижняго сегмента матки и шейки. Разрывъ задняго свода влагалища и брюшины, образующаго дугласову ямку и кромѣ того выпаденіе плаценты въ брюшную полость—случай почти аналогичный случаю *Халмогорова*. Кромѣ обильнаго кровотеченія была и опасность отъ общей инфекции и отъ появленія септического перитонита. Къ какому способу нужно было приступить? Одной тампонаціей остановить кровотеченіе было немислимо, дѣлать лапаротомію не было показанія, потому что зашиваніе per abdomen по-первыхъ было-бы труднѣе, а дренировать и тампонируютъ можно было легче per vaginam. Осталось попробовать остановить кровотеченіе зашиваніемъ, а въ случаѣ неудачи, приступить къ удаленію матки, но не per abdomen, а per vaginam, что и легче было-бы, и скорѣе-бы достигло цѣли, кромѣ того и дренированіе брюшной полости было-бы полнѣе, къ тому-же и безъ того первый моментъ *hystorectomia* былъ сдѣланъ разрывомъ дугласовой ямки. На основаніи одного или двухъ случаевъ трудно и смѣло было-бы дѣлать заключенія, но всетаки позволяю себѣ высказать мнѣніе, что въ случаяхъ даже полныхъ разрывовъ матки, если даже и возможно остановить кровотеченіе, то при выпаденіи плаценты или части плода въ брюшную полость, возможной инфекціи

этой полости гораздо лучше было-бы сдѣлать колпоцелиотоміа post., какъ природа сдѣлала въ моемъ случаѣ и дренировать брюшную полость respect. дугласову впадину, чѣмъ во всѣхъ случаяхъ прибѣгать къ лапаротоміи.

## П Р Е Н І Я:

Д-р О. Оттъ указывалъ, что разрывы матки и съ точки зрѣнія судебной медицины представляютъ не малый интересъ. Въ качествѣ члена медицинскаго совѣта приходится выступать экспертомъ въ случаяхъ подобнаго рода, верѣдко выводящихъ недоумѣніе по нецѣлесообразности применявшихся пособій и неумѣнія обратиться къ самымъ простымъ случаямъ. Въ этомъ отношеніи нельзя не рекомендовать болыне знакомства врачамъ-практикамъ съ патологіей, діагностикой и лѣченіемъ разрывовъ матки; не сомнѣваюсь, что при болѣе объективномъ отношеніи многія неудачи въ лѣченіи были-бы устранены. Нарушенія цѣлости не беременной матки также верѣдко даютъ поводъ къ несправильнымъ заключеніямъ и неправильнымъ энергичнымъ мѣрамъ. Эта категорія случаевъ, особенно, если дѣло идетъ о прободеніи стѣнокъ матки эмпиею, при условіи асептической обстановки, какъ правило, протекаетъ вполне благополучно и къ тому-же въ большинствѣ случаевъ безъ всякихъ симптомовъ.

Д-ръ А. Н. Ивановъ. Разъ нужно удалить матку, то влагалищный методъ и наилучшій и наиболее легкій; въ 1898 и 1899 году я удалялъ по 1 разорванной маткѣ per vaginam. обѣ женщины остались живы; въ Россіи сообщалъ я первый, ранѣе меня—1 случай *Winter'a* (Вѣна) и 1 случай *Roux'a*. обѣ матери также живы; все мы находимъ этотъ методъ скорѣйшимъ. 1-й разъ я манипулировалъ съ лигатурами 27 минутъ, 2 занялъ только 20 минутъ съ зажимами.

Д-ръ *Бодановъ* (Владиміръ). Исключать способы зашиванія разрывовъ матки изъ методовъ лѣченія разрывовъ не считаю возможнымъ; среди многихъ случаевъ разрывовъ матки имѣю

случай поперечнаго разрыва матки съ выходомъ плода въ брюшную полость, гдѣ, произведши лапаротомію и удаливъ плодъ, я нашелъ края разрыва довольно мало разорванными, — почему и рѣшилъ зашить разрывъ 2 хъ этажнымъ швомъ и дренировать брюшную полость; случай кончился выздоровленіемъ.

Проф. В. В. Стреланова. Находясь у постели роженицы съ диагнозомъ разрыва матки, врачъ долженъ рѣшить слѣдующіе три вопроса:

1) Какимъ путемъ произвести родоразрѣшеніе, 2) какое оперативное пособіе примѣнить въ данномъ случаѣ и 3) что сдѣлать съ разрывомъ послѣ удаленія плода послѣди.

Что касается перваго вопроса, то отвѣтъ на него будетъ различенъ смотря по тому, находится-ли плодъ въ маткѣ или въ брюшной полости. Въ первомъ случаѣ, какъ правило, должна быть сдѣлана попытка произвести родоразрѣшеніе *per vias naturales*. Преимущества при этомъ слѣдующія: 1) послѣ извлеченія плода можетъ быть поставленъ вполне точный диагнозъ какъ наличности самаго разрыва, такъ и его величины и свойствъ. 2) Въ некоторыхъ случаяхъ чрезсѣченіе до извлеченія плода изъ матки можетъ оказаться лишнимъ, даже вреднымъ. Такъ, въ случаѣ цѣлости брюшины (неполный разрывъ) послѣ чрезсѣченія пришлось-бы разрѣзать брюшину, или закрыть рану брюшныхъ стѣнокъ и дѣлать извлеченіе плода *per vias naturales*. Равнымъ образомъ при маломъ разрывѣ недостаточномъ для прохожденія плода, пришлось-бы разрѣчь часть матки для извлеченія плода.

Иначе дѣло обстоитъ при нахожденіи плода въ брюшной полости. Здѣсь лапаротомія имѣетъ существенныя преимущества:

1) Разрывъ матки не увеличивается отъ извлеченія черезъ него плода и, слѣдовательно, не будетъ шансовъ на могущее быть кровотеченіе.

2) Главное, — что полость брюшины можетъ быть болѣе совершеннымъ образомъ очищена отъ кровяныхъ сгустковъ, меконіума и плодовой смазки.

Само собою понятно, что исключительныя обстоятельства, напр. чрезмѣрно узкій тазъ, наличность опухоли матки могутъ дать показаніе къ примѣненію лапаротоміи при разрывѣ матки, хотя бы плодъ находился въ ея полости; равнымъ образомъ, —

отсутствіе необходимыхъ условій для чревоотеченія могутъ принудить врача произвести родоразрѣшеніе *per vias naturales*, хотя бы плодъ находился въ полости брюшины.

Что касается 2-го пункта, выбора оперативныхъ разрѣшающихъ пособій, то для извлеченія плода *per vias naturales perforatio* со послѣдующимъ извлеченіемъ явится одной изъ наиболее частыхъ операций, рѣже поворотъ, а въ исключительныхъ случаяхъ щипцы.

Дальнѣйшія дѣйствія съ разрывомъ матки будутъ найдены въ зависимости отъ наличия кровотеченія и отъ свойства разрыва. Ланаротомія съ послѣдующимъ зашиваніемъ разрыва является наиболее типической, сохраняющей операцией. Два случая благополучныхъ родовъ послѣ разрыва матки съ зашиваніемъ его, сообщенныхъ мной, только подтверждаютъ эту мысль.

Тампонація разрыва со стороны влагалища, зашиваніе его тѣмъ-же путемъ, удаленіе матки, — представляютъ менѣе частыя формы пособій, которыя въ некоторыхъ случаяхъ имѣютъ полное право на примѣненіе.

Д-ръ *Н. А. Долинскій*. Послѣ столь обстоятельнаго освѣщенія вопроса мнѣ не остается мѣста для дебатовъ. Я долженъ обратить вниманіе на слѣдующій фактъ. Сейчасъ мы выслушали двухъ врачей болгаръ и одного серба. Вы обратили вниманіе на то, какими чистыми, хорошимъ литературнымъ языкомъ говорили товарищи. Въ докладѣ д-ра *Немадовича* Вы слышали знаменательныя слова, что въ Славянскихъ странахъ тѣмъ слабѣе поставлена помощь женщинамъ, чѣмъ дальше эта страна отъ Россіи «*Lux ex oriente*!» воскликнулъ д-ръ *Немадовича*. Мы русскіе должны отозваться на эти слова и сказать имъ: милости просимъ къ намъ братья славяне! По русскому гостеприимству и по славянской добротѣ мы предоставимъ Вамъ всѣ средства, чтобы обучиться помогать нашей сестрѣ Славянкѣ.