

Проф. В. В. СТРОГАНОВ

ВАЖНЕЙШИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

КОНСТАНТИН АРСЕНЬЕВИЧ
КУЗНЕЦОВ.

ПРОФ. В. В. СТРОГАНОВ

ВАЖНЕЙШИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА 1928 ЛЕНИНГРАД



Гиз № 22387/л.
Ленинградский Гублит № 50157.
16 л. Тираж 3.000.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

По предложению Государственного издательства я взял на себя труд написать книгу „Важнейшие осложнения беременности и родов“. Книга эта имеет в виду преимущественно потребности практического врача, начинающего гинеколога и студента старших курсов.

Эта цель казалась мне в высокой степени важной, и я охотно готов поделиться с товарищами моим⁴ 45-летним опытом. В течение этих лет мне пришлось быть в самых различных положениях: сперва в роли земского врача с совершенно необорудованной больницей, с ничтожным инструментарием и личной ничтожной опытностью; далее в качестве заведующего родильным приютом в Петербурге на 6—8 кроватей, расширенного впоследствии до 30—40 кроватей, имея помощников в лице немногих акушерок, и наконец заведующего одной из самых больших клиник не только в Союзе, но и за границей.

Насколько я понимаю, такая книга должна быть по возможности краткой и с определенными заключениями, причем интересы практического врача заставляют обратить особое внимание на терапию, которая несомненно может меняться в зависимости от обстановки. Так, кесарское сечение в клинике или в хорошо обставленной в хирургическом отношении больнице найдет несравненно более благоприятные условия, чем в маленьком родильном приюте, совершенно не приспособленном или мало приспособленном к этому.

В своей преподавательской деятельности я имел в виду обычный средний уровень потребностей и знаний. В начале

курса я почти каждый раз обращался к слушателям-врачам с вопросом, желают ли они подробного разбора нескольких отдельных глав акушерства или сжатого изложения по возможности многих практически важных отделов, и всегда большинство склонялось к последнему.

Приблизительно подобного же мнения держался и знаменитый Захарьин, проф. Московского университета. Вот что говорит о нем Голубов во „Врачебном деле“ № 3 (15. II 1927): „Имея в виду главную массу слушателей — будущих земских и провинциальных врачей, — он намеренно не уснащал свои лекции теориями, гипотезами и тонкими методами исследования, а учил в наше время ставить диагноз на основании простейших, доступных всякому врачу способов исследования“.

Эта книга имеет в виду прежде всего указанную группу врачей, но в то же время она содержит и то, что может быть применено в более совершенной обстановке.

Следует отметить, что в настоящее время имеется большое увлечение операциями. Ими хотят поправить такие заблуждения, которые с не меньшим, а некоторые даже и с большим успехом излечиваются терапевтическими и гигиеническими средствами.

Для примера укажу на широкое применение кесарского сечения при *placenta praevia*, почти в каждом случае этой болезни (L a b h a r d t).

Еще большее увлечение наблюдается при лечении эклампсии, при котором кесарское сечение давало печальные результаты на большом материале. А между тем проф. Stoeckel рекомендует его делать в каждом случае эклампсии уже в течение первых 15 минут по поступлении в клинику, если больную нельзя разрешить так же скоро более бережными операциями — щипцами, поворотом, извлечением. К счастью, большинство участвовавших в прениях по этому вопросу в Берлинском акушерском обществе довольно решительно высказалось против такого образа действий, находя, что кесарское сечение далеко не столь бережная операция, как это думает Stoeckel, что и без нее можно получить столь

же хорошие результаты, и что в 15—20 минут не всегда можно убедиться, имеем ли мы дело с эклампсией. К тому же у него были смертные исходы, обусловленные именно операцией, которые он сам считал возможным редуцировать.

Эта книга показывает, что и без широкого применения хирургических приемов можно получить превосходные результаты, даже много лучшие, чем у широко применяющих оперативное родоразрешение (*Schnittentbindung*).

Нужно помнить, что операции всегда оставляют после себя некоторые неприятные—иногда весьма важные—следы; в частности кесарское сечение не только угрожает жизни и здоровью матери при совершении операции, и в ближайшее время после нее, но и в дальнейшем.

В условиях жизни Советского ССР этот вред особенно может быть велик, благодаря нашим большим пространствам, плохим дорогам и относительно малому числу хорошо обставленных больниц и клиник.

В интересах коллектива у нас операции должны иметь меньшее распространение, чем, например, в Германии или в Англии.

Этим я не хочу сказать, что *Schnittentbindung* должно быть оставлено в стороне. Нет, оно должно применяться, но при строгих показаниях и при надлежащих условиях. Оно несомненно представляет существенный прогресс в акушерстве, благодаря которому нередко спасается жизнь матери и ребенка.

Я считаю даже несомненным, что роль его будет в дальнейшем расширяться, — частью благодаря устранению опасных сторон этой операции: относительно большой смертности, заболеваемости и склонности к разрывам при следующих родах.

В этом отношении очень демонстративно постепенное улучшение результатов при кесарском сечении: в первые две трети прошлого столетия оно давало почти верную смерть. С введением антисептики смертность от него понизилась в 80-х годах до 15—20%, в конце столетия — до 10%, в начале этого столетия оно давало 6%, а в настоящее

время в хорошо обставленных больницах и клиниках 1—2%.

Многое говорит в настоящее время о вырождении современного культурного человечества. Укажу из акушерской области два резких факта в этом направлении.

Огромное количество выкидышей как у нас, так и в Западной Европе, разве оно не ведет к вырождению?! И разве нельзя смотреть на него, как на самоубийство наций?!

Другой факт также знаменателен.

De Lee, как и ряд других приводимых им авторов, настаивает, что роды — не физиологическое явление, так как существенно угрожают жизни и здоровью матери. 25 000 матерей в Сев.-амер. соед. штатах ежегодно погибают в связи с родами, среди которых: 6 000 от сепсиса, 5 000 от эклампсии и 4 000 от кровотечения, — и еще большее количество детей. К сожалению, в их доводах не мало правды.

Будем надеяться, что с созданием условий здоровой и радостной жизни исчезнут, или, вернее, значительно уменьшатся, эти бичи человечества.

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

ВЫКИДЫШ.

Под выкидышем разумеют изгнание яйца из половых органов в таком периоде, когда плод нежизнеспособен. Границей этому принято считать 28 недель или 7 лунных месяцев; нужно прибавить, однако, что в исключительных случаях при тщательном уходе ребенок, рожденный и ранее этого срока, иногда выживает; с другой стороны, большая часть рожденных несколько позднее, имеющих вес до 2000,0 г, обыкновенно погибает. На этом основании практически останавливаются на указанном сроке для отграничения выкидышей от преждевременных родов. Очевидно, последний срок выкидыша нельзя считать окончательно установленным, так как с усовершенствованием нашего ухода за недоноском выживают и рожденные в более ранние периоды беременности. Государственный акушерско-гинеколог. институт до мировой войны уже устанавливал границы для выкидышей — 6 месяцами, так как количество выживавших детей, рожденных на 7-м месяце, с каждым годом все увеличивалось. В настоящее время условия для выхаживания недоносков сделались менее благоприятными, и поэтому 7-месячный срок является наиболее подходящим, хотя в будущем он, вероятно, будет сдвинут к более раннему периоду.

О различных видах выкидыша, как-то: привычном, самопроизвольном, искусственном, преступном и т. д., будет сказано в соответствующих отделах.

Кроме того, и в границах указанного периода предлагают дальнейшие деления: прерывание беременности до 4 месяцев считать за собственно выкидыши (*abortus*) и от 4 до 7 лунных месяцев — за незрелые или незрелые роды (*partus immaturus*). Основанием к такому делению служит анатомическая разница и до некоторой степени разница клинического течения. После 4 месяцев послед уже вполне сформирован, и выходение яйца совершается, как правило, по типу ро-

дов, в то время как в первые 3 месяца выходение яйца имеет иную картину. Признавая научную обоснованность такого деления, обыкновенно простоты ради его не придерживаются, ограничиваясь описанием различия в клиническом течении.

ЧАСТОТА ВЫКИДЫША И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ.

Что касается частоты выкидыша, то она в последнее время резко увеличилась, в особенности искусственный выкидыш, хотя точное определение этого, по заявлению всех авторов, не поддается учету. Вот цифры Государственного акуш.-гинекологического института за последние три четверти века. Гугенбергер по 1859 год устанавливает частоту выкидыша в 0,3%, Виридарский с 1883 года по 1893 г. определяет его в 2,3%, Чапин по 1897 год в 3,69%; Якобсон для 1904 года — 9%, для 1905 — 10%, 1906 — 12% и 1907 — 14%. Далее, Бубличенко для 1908 — 14,9%, 1909 — 19,1%, 1910 — 25,1%, 1911 — 24,5%, 1912 — 24,7%, 1913 — 30%, 1914 — 28,8%, 1915 — 22,0%, 1916 — 30%, 1917 — 26,6%, 1918 — 26,6%, 1919 — 37,4%, 1920 — 19,4%, 1921 — 28,9%, 1922 — 45%, 1923 — 70,1%. В 1925 году в Институте было 70,4% выкидышей по отношению к числу родов.

В родильном доме Снегирева за 1904—1906 гг. было 10,3% выкидышей. В 1907—1908 гг. — 17%. В 1925 и 26 годах там было 15 826 родов и 5563 выкидыша, т. е. 35,2%, из коих 2618 искусственных в учреждении и 2945 прибывших со стороны. Поражает частота выкидышей со стороны.

В Обуховской больнице (Ленинград) в 1905 году наблюдалось 525 выкидышей, а в 1917 году уже 2925. В Ленинграде в 1924 году на 31 601 живорождений было 6692 разрешенных выкидышей. В 1925 году на 38 402 живорождений 16 598 выкидышей, и в 1926 году на 42 600 родов — 21 646 выкидышей. Кроме этих разрешенных, наблюдалось еще значительное число неполных выкидышей, общей цифры которых пока не имеется. Судя по материалу Акушерско-гинекологического института, они составляют, вероятно, около трех четвертей указанной цифры.

К сожалению, и в провинции наблюдается значительный рост выкидышей; так, по данным Перетца, в Акушерско-гинекологической клинике Уральского университета наблюдалось следующее: в 1911 году было 89 выкидышей, процентное отношение к родам 5,4%, в 1915 году 164 выки-

дыша — отношение к родам 7,3%, в 1919 году — 323 или 14,4%, в 1921 году — 518 или 25% и в 1922 году 749 или 50,8%. Подобное же наблюдается в Москве, Саратове, Ростове н/Д и пр. Некоторые учреждения Ленинграда имеют уже более выкидышей, чем родов, и вполне заслуживают названия „выкидыше-вспомогательных учреждений“, о чем я говорил на съезде в Москве в 1924 году.

Должно отметить, что в Ленинграде многие учреждения ограничивают прием выкидышей известным процентом, в том числе и Акушерско-гинекологический институт. Частные лечебницы полны выкидышами. Кроме того, часто выкидыши производятся на дому.

Обращает на себя внимание колоссальный рост выкидышей в последние годы после объявления их свободными.

Но и в других странах наблюдается рост выкидышей. Так, в Германии Негат устанавливал один выкидыш на 8—10 родов (1863 г.). Витт в 1890 году принимал такую же частоту, но уже в 1917 году он имеет 1 выкидыш на 5 родов. В Киле, по Ноепне, 1 выкидыш выходит на 5 родов в 1911 году и на двое родов в 1914 году. Нирш для Берлина в годы войны признает уже 30% беременностей, кончившихся абортом, причем 78% из них он считал преступными. Шоттелиус на материале гамбургских рабочих касс устанавливает частоту абортов в 50% родов (8707 на 16 779 родов), но сам считает эту цифру ниже действительной, так как многие скрывают совершившийся аборт. Для всей Германии Витт принимает годовую цифру — 300 000, а Кгопне даже 500 000 по большей части преступных выкидышей. Вагпекгос, на основании материала клиники Витт'а за 1922 год, устанавливает процент несомненно преступных выкидышей 65,7, но полагает, что в действительности их не менее 90%. Из опроса 100 имеющих детей семей Нирш устанавливает, что 87 имели выкидыш, из них 68 (78%) преступны.

Такое же явление наблюдается и во Франции. Вонпаиге констатирует, что число абортов при сравнении с данными Лашарелле увеличилось в 46 раз. Вертилон число преступных выкидышей только в Париже оценивает в 50 000 ежегодно, в Лионе — 19 000, отмечая при этом, что, по его мнению, значительная часть последних была произведена врачами. Дологис считает половину выкидышей Парижа преднамеренными и увеличение их числа относит на преступные выкидыши.

То же наблюдается в Северо-американских соединенных штатах. „Medical Record“ насчитывает до 80 000 преступных выкидышей в Нью-Йорке ежегодно. De Lee на основании опроса своих больных дает 24% выкидышей, но действительную цифру он считает большей. Taussig считает, что один аборт встречается на каждые 2,3 родов и что три четверти из них преступны.

Повидимому, консервативная Англия меньше других стран страдает от выкидыша. В очень интересной статье Janet M. Campbell (Maternal Mortality. London. 1924. Ministry of Health) точного выделения смертности от выкидыша не имеется. Приведено лишь, что в 1922 г. на 2971 смерть матерей на долю аборта, внематочной беременности и др. осложнений беременности падало 310, но из 1079 смертей от сепсиса не выделены случаи в связи с абортom. Однако, местами и там смертность от аборта очень велика. Так, в Бадфорде из 51 смерти от сепсиса 25 падают на долю аборта и из 37 смертей от других причин — 12 от аборта.

Трудность определения частоты выкидыша признается всеми. Некоторое число их уже потому не поддается учету, что они проходят в виде обильных задержавшихся месячных. Статистика родовспомогательных учреждений и официальная несомненно дают цифры менее действительных. Полагают, что частная амбулатория, где пациентка находится одна с лечащим врачом, дает более точные сведения по этому важному вопросу. Ради этого я просмотрел свои записи по этому вопросу, относящиеся к последним годам, а также к началу этого столетия. Внематочных беременностей я не включал, к выкидышам относил прерывание беременности до 28 недель, а каждую беременность старше 28 недель относил к родам.

В период времени от 1897 года по 1906 746 пациенток сообщили, что они имели 2022 родов и 520 выкидысов, т.е. в среднем каждая из этих женщин имела 2,71 родов и 0,7 выкидышей. Следовательно, выкидыш по отношению ко всем зачатиям составлял 20,4%, и один выкидыш приходился на 3,9 родов. Цифра очень большая, но, вероятно, меньшая действительной, так как женщины тогда смотрели на искусственный выкидыш как на нечто позорное и даже преступное.

С 1920 по 1927 г. 669 женщин имели только 1050 родов и 720 выкидышей, т.е. каждая из них имела 1,57 родов и 1,08 выкидышей. Здесь уже 1 выкидыш приходится

на 1,45 родов. Со времени признания выкидыша свободным количество их, конечно, резко увеличилось, и отношение должно быть еще более неблагоприятным.

К сожалению, в последнее время аборт стал широко проникать и в деревню, как это устанавливают д-р Генс и В. П. Лебедева („Аборт в деревне“, с предисловием В. П. Лебедевой). Последняя полагает, что за 1922, 23 и 24 гг. в деревне имелось 150 000 выкидышей, кроме прошедших благополучно без участия врача, и до 3000 смертей от аборта только в половине врачебных участков. Я полагаю, что эти цифры меньше действительных, так как 292 врача (более $\frac{1}{7}$ части давших ответы) заявляли, что „крестьянки обращаются к нам массами чуть ли не ежедневно“ (стр. 23). Сам Генс заявляет, что только внебольничных абортов за 3 года было более 140 000, притом эта цифра скорее преуменьшена.

Вот соображения, заставляющие считать эти цифры очень малыми. По последней переписи население СССР составляет 146 000 000. Статистики (проф. Новосельский) полагают, что рождаемость в настоящее время от 40 до 42 на 1000 населения. Ранее она была 45 и даже 50. Война, гоноррея, тифы и пр. должны были понизить способность к зачатию, но свобода половых отношений и увеличение браков должны были увеличить число зачатий. Эти влияния, вероятно, приблизительно уравнивают друг друга. Следовательно, число зачатий и теперь будет не менее 50 на тысячу, между тем как родов 40 на тысячу. Таким образом получаем число прерванных беременностей в 1 460 000. Уменьшая даже это число на половину, получим все же 730 000 выкидышей ежегодно, и это, конечно, минимум. Вероятно, большая половина из них искусственна. Принимая смертность для них, как она наблюдалась в Госуд. акушерско-гинекологическом институте, в 1%, число ежегодных смертей будет 7300, следовательно, значительно больше допустимого В. П. Лебедевой. Нужно, однако, принять во внимание, что эти вычисления относятся как к деревням, так и к городам.

Как видно из предыдущего, выкидыш распространяется с ужасающей быстротой не только среди населения столиц и больших городов, но и деревень. Несомненно, вместе с предохранительными мерами от беременности, он является одной из главных причин уменьшения числа родов, которое во Франции, напр., приводит к превышению смертности над рождае-

на 1,45 родов. Со времени признания выкидыша свободным количество их, конечно, резко увеличилось, и отношение должно быть еще более неблагоприятным.

К сожалению, в последнее время аборт стал широко проникать и в деревню, как это устанавливают д-р Генс и В. П. Лебедева („Аборт в деревне“, с предисловием В. П. Лебедевой). Последняя полагает, что за 1922, 23 и 24 гг. в деревне имелось 150 000 выкидышей, кроме прошедших благополучно без участия врача, и до 3000 смертей от аборта только в половине врачебных участков. Я полагаю, что эти цифры меньше действительных, так как 292 врача (более $\frac{1}{7}$ части давших ответы) заявляли, что „крестьянки обращаются к нам массами чуть ли не ежедневно“ (стр. 23). Сам Генс заявляет, что только внебольничных абортотворцев за 3 года было более 140 000, притом эта цифра скорее уменьшена.

Вот соображения, заставляющие считать эти цифры очень малыми. По последней переписи население СССР составляет 146 000 000. Статистики (проф. Новосельский) полагают, что рождаемость в настоящее время от 40 до 42 на 1000 населения. Ранее она была 45 и даже 50. Война, гоноррея, тифы и пр. должны были понизить способность к зачатию, но свобода половых отношений и увеличение браков должны были увеличить число зачатий. Эти влияния, вероятно, приблизительно уравнивают друг друга. Следовательно, число зачатий и теперь будет не менее 50 на тысячу, между тем как родов 40 на тысячу. Таким образом получаем число прерванных беременностей в 1 460 000. Уменьшая даже это число на половину, получим все же 730 000 выкидышей ежегодно, и это, конечно, минимум. Вероятно, большая половина из них искусственна. Принимая смертность для них, как она наблюдалась в Госуд. акушерско-гинекологическом институте, в 1%, число ежегодных смертей будет 7300, следовательно, значительно больше допускаемого В. П. Лебедевой. Нужно, однако, принять во внимание, что эти вычисления относятся как к деревням, так и к городам.

Как видно из предыдущего, выкидыш распространяется с ужасающей быстротой не только среди населения столиц и больших городов, но и деревень. Несомненно, вместе с предохранительными мерами от беременности, он является одной из главных причин уменьшения числа родов, которое во Франции, напр., приводит к превышению смертности над рождае-

мостью во многих населенных пунктах, в результате чего в 1923 году в указанной стране, несмотря на присоединение двух провинций, народонаселение осталось таким же, каким оно было в 1914 г. (39,7 мил.). Прогрессивное увеличение выкидышей заставляет бояться за судьбу нации.

Не только уменьшение рождаемости представляет невыгодную выкидыша, как указано выше, — он дает большую смертность. В 1925 г. в Ленинграде погибало от выкидыша на 1000 жителей 1,30, между тем как от родов только 1,15, в Германии даже 2,62 от выкидыша и 1,32 от родов.¹ На материале Госуд. акуш.-гинекол. института это отношение еще более неблагоприятно, а именно по Бубличенко смертность на 4580 выкидышей 0,79%, а на 13553 родов — 0,46%, причем смертность при выкидыше почти исключительно от сепсиса, между тем как при родах и от случайных заболеваний, а от сепсиса только 0,18%.

Большое значение имеет и большая заболеваемость при выкидыше. Вот данные Гос. акуш.-гинекол. института:

Заболеваемость	1883/1893 (Вири- дарский)	1893/97 (Чапин)	1904/907 (Якобсон)	1907/13 (Бубли- ченко)	1913/23
От выкидыша	20,0	12,0	18,5	34,08	20,2
От родов	4,0	6,8	7,6	9	8,3

Объяснение этому дает большее число *искусственных*, так называемых *преступных* выкидышей. Как известно, лекарственные средства обыкновенно не вызывают выкидыша. Верным является только механическое воздействие на яйцо, к которому и прибегают как врачи для производства выкидыша по медицинским, а в настоящее время и по социальным показаниям, так и „абортмахиры“, — будь это сама больная, повитуха, акушерка или врач. Понятно, что в руках незнакомых с асептикой лиц очень часто наступает заражение, но нередко происходит и ранение матки и смежных частей, которые и ведут к сильным кровотечениям и заболеваниям.

Даже в руках акушерок и врачей, производящих аборт с нарушением декрета, — этот выкидыш с полным осно-

¹ В городах с населением больше 100 000.

ванием может быть и теперь назван *преступным*; он протекает менее благоприятно, чем в больницах. Тайное производство его связано нередко с поспешностью, с волнением, с недостаточной ассистенцией и нарушением асептики.

Но и больничное производство выкида сопряжено с небольшой опасностью.

В Ленинградском акушерско-гинекологическом обществе профессора заявляли, что они приступают к операции выкида с большей тревогой, чем к тяжелой лапаратомии. Объяснение этому просто. Стенка матки у некоторых женщин представляется чрезвычайно тонкой, дряблой и ранимой. Особенно резко ранимость выражена при лихорадочном выкиде. С другой стороны, и яйцо иногда врастает глубже обычного и требует более энергичного выскабливания.

Еще большее значение в этом отношении имеют предшествующие ранения или изменения стенок матки в связи с заболеваниями при бывших выкидах и родах. Ложные ходы при преступных выкидах — обычное явление, крайне затрудняющее операцию.

В некоторых случаях матка от природы представляет необычные углубления и выступы, направляющие оператора на ложный путь. Еще чаще к ложным действиям ведут патологические загибы и наклоны матки.

В результате даже у весьма опытных операторов и при самой совершенной обстановке в некоторых случаях наблюдаются ранения и прободения матки и даже с поражением сальника, кишек и мочевого пузыря. В малоопытных руках, конечно, это происходит еще чаще.

В московских родовспомогательных учреждениях на полторы тысячи выскабливаний (1545) при аборте прободение наблюдалось в 7 случаях, что составляет 0,45%, или, примерно, 1 случай на 200 операций. В германских клиниках процент даже больший — около 0,6. Но эти цифры, несомненно, ниже действительных, так как некоторые прободения протекают при столь ничтожных явлениях и так неясно, что они не регистрируются. Проф. Strassman в Берлинском акушерско-гинекологическом обществе заявлял, что, по его мнению, они встречаются не менее 2%, т.е. в 1 случае на 50 абортотворений.

Небольшие, а иногда и глубокие ранения шейки матки — в особенности в области внутреннего зева — обычные явления при аборте.

Если так обстоит дело при правильно выполняемых операциях в больницах, естественно, в частных квартирах при тайных выкидах, а тем более у акушеров и повитух ранения происходят еще чаще. Должно, впрочем, отметить, что самые тяжелые повреждения при аборте наносятся врачами. Вырезывание кишек по аршинам, удаление части сальника, повреждение мочевого пузыря во многих случаях производилось врачами.

Так. В и m m сообщает (Münch. medic. Woch. 1923. № 50), что за последние годы, кроме многих простых перфораций матки, он наблюдал 15 случаев, при которых кишка выходила из влагалища. В 11 случаях резекции кишек спасли больных.

Имеет большое значение также ранение внутренней поверхности матки, частоту которого мы определить не можем, но которое представляется логически понятным.

При очистке полости матки от частей яйца скользящая ложечка легко может проникнуть за надлежащие границы и повредить мускулатуру матки, чем создаются также невыгодные условия для последующей беременности. Шансы на привитие яйца уменьшаются — отсюда бесплодие, с другой стороны, возможны вращающиеся ворсинок в мускулатуру со всеми отрицательными сторонами этого и, наконец, возможность разрыва матки при родах.

Ущажение разрывов матки в последнее время совершенно основательно объясняется большим распространением абортов (Schaufa и др.).

К последнему предрасполагают также и септические заболевания, в особенности, если они протекают в форме metritis dissecans, когда часть маточной мускулатуры омертвевает и отпадает.

Наибольший вред выкида — заражение. В этом отношении больничные выкидыши колоссально отличаются от совершенных на дому — преступных, что и дало главное основание для декрета о свободе выкида и производстве его в больницах. Для иллюстрации приведу данные Гос. акуш.-гинекол. инст. за 1925 г.

852 искусственных выкида дали 1,5% лихорадочных t°, связанных с послеродовыми заболеваниями, частью в связи с гонорреей, 5,2% послеродовых нелихорадочных и не послеродовых, всего 6,7%, в то время как 615 выкидышей, поступивших извне, дали первых 21,8% и вторых 15,9%, а всего 37,7%. Из первых никто не умер, среди вторых наблюдалась

одна смерть (последнее исключительно благоприятно, так как при лихорадочных выкидышах средняя смертность около 4⁰/₀).

Заражение при преступном выкиде представляется легко объяснимым: при нем не только не достаточно, но иногда и совершенно не применяются правила асептики и к тому же часто наносятся ранения, которые дают значительные кровотечения.

Последние два момента ослабляют силы самозащиты организма и создают благоприятную почву для привития и тех патогенных микробов, которые находились в половом канале женщины в ослабленном состоянии.

К сожалению, преступный выкидыш и теперь еще чрезвычайно част. Приведенные цифры 1925 г. показывают, что отношение внебольничного выкида к родам составляло 1 : 3,46, в то время как в восьмидесятых и девяностых годах прошлого века отношение выкидыша к родам было в среднем 1 : 30. Что касается деревни, то там, по данным Генса, большая часть выкидов внебольнична, а следовательно, и преступна (стр. 27, 1. с.).

К счастью, в некоторых местах отмечается уменьшение выкидов и более частое обращение в больницу. На мой взгляд, первое, вероятно, случайно, а что касается второго, то едва ли наши больницы в состоянии будут удовлетворить всем запросам, по крайней мере в ближайшие годы.

Итак, не только подпольный, но и больничный аборт больно ударяет по здоровью женщины.

Эндометриты, параметриты, периметриты, тромбофлебиты, наконец, перитониты и общее заражение на много дней приковывают женщин к постели, подрывают их здоровье, иногда делают инвалидами на всю жизнь и даже приводят к летальному исходу.

Для коллектива важно также значительное уменьшение плодородия таких женщин. В настоящее время очень часто встречаются бесплодные женщины — очень страдающие от этого, — сделавшие раньше себе один или несколько выкидышей.

Очень часто наблюдается после выкида недостаточное обратное развитие матки, являющееся следствием инфекции, задержания частей яйца в матке, а также благодаря отсутствию лактации. При тайном аборте к тому же ведет раноначавшаяся работа и пренебрежение необходимыми гигиеническими мероприятиями.

Кровотечения очень редко убивают таких больных, но продолжительные, а иногда и сильные кровотечения резко ослабляют женщин и дают начало значительным малокровиям.

Искусственный преступный выкидыш может отражаться и на психической стороне предрасположенных к таким расстройствам женщин. Сознание потери своего ребенка особенно тяготит мать, если она лишена нового зачатия.

В последнее время говорят о нарушении функции органов внутренней секреции в связи с насильственным перерывом их физиологического развития (Преображенский), но этот вопрос пока еще находится в стадии разработки.

Полагаю, что выкидыш может иметь следствием порочное развитие плода при следующей беременности. Хотя этот факт трудно подтвердить клиническими наблюдениями, но логически мы должны допустить это. В самом деле, если во многих случаях яйцо, попавшее в матку, не находит благоприятных условий для своего развития и погибает, очевидно, будут и такие состояния матки, когда яйцо будет иметь возможность там привиться, но не найдет благоприятной почвы для своего развития. В результате хилый, слабый плод, наклонный к заболеваниям и ранней смерти.

Вред выкидыша значительно повышается от того, что такие женщины нередко скоро снова забеременевают. Мне не раз приходилось встречать новую беременность через 3—5 месяцев после произведенного выкидыша, и такой женщине снова приходилось подвергаться операции выкидыша со всеми его тяжелыми последствиями.

Я рассмотрел так подробно вредные стороны выкидыша в виду его огромного значения как в индивидуальном, так и в евгеническом и в социальном отношениях. Несомненно, это один из бичей современности, угрожающий даже существованию нации. Отрицательные стороны этого явления особенно важно знать начинающим врачам, которые очень часто, как и публика, относятся к нему с большим пренебрежением.

ЭТИОЛОГИЯ.

Выкидыш чаще наблюдается у замужних, как это констатируется большей частью авторов. Levinson полагает, что главным очагом искусственного выкидыша являются

замужние женщины (Grotjahn. Soziale Pathologie, 3 изд. 1923, стр. 189). То же заявляют Grotjahn и M. Girsch. Наши данные также подтверждают это. У замужних он наблюдался в 4%, а у незамужних в 2,1% (Виридарский, Чапин). Якобсон объясняет это тем, что незамужние женщины тщательнее скрывают свои аборты.

Повторно-беременные чаще дают выкидыш, что подтверждается почти всеми статистиками и представляется легко объяснимым, так как заболевания матки, естественно, у них встречаются чаще, а это, как мы будем видеть ниже, играет видную роль в деле выкидышей. Мало того, с количеством родов увеличивается процент выкидышей. Так, по Якобсону у перво-беременных один выкидыш наблюдается на 14 родов. При второй беременности 1 на 9 родов, при 3-й 1 на 8 родов, при 4-й 1 на 6 родов, при 8-й 1 на 4, при 10-й 1 на 2½ и т. д.

Чаще всего выкидыш происходит на 3-м месяце, затем на 4-м и на 2-м.

С возрастом беременной повышается склонность к выкидышу. Так, у беременных от 15 до 20 лет один выкидыш встречается на 10,7 родов, от 21 до 25 лет один на 10,12, от 25 до 30 лет один на 8,06, от 31 до 35 лет один на 7,6, от 36 до 40 лет один на 5,46 и от 41 до 45 один на 3,23.

Приблизительно сходное встречаем и у других авторов. Это явление может быть объяснено, с одной стороны, учащением заболевания половой сферы, а с другой — понижением самозащиты в более позднем возрасте после многих родов.

До некоторой степени то же относится и к преступному выкидышу, хотя, конечно, с иной мотивировкой.

Что касается самопроизвольного выкидыша, то непосредственные причины, вызывающие его, могут быть сведены к следующим 4 группам: 1) заболевание матери, 2) заболевание плода, 3) внешние причины и 4) заболевание отца.

Самой частой причиной выкидыша является первая категория, в особенности заболевания половой сферы, что представляется логически понятным.

Заболевание плодоемкости играет первенствующую роль. Воспалительные заболевания матки предрасполагают к выкидышам как вследствие переполнения сосудов кровью, так и большей раздражительности ее, что обуславливает склонность к кровотечениям, или к появлению маточных сокращений под влиянием ничтожных причин. Конечно, и

соединение яйца с маткой приэтом — по крайней мере в первые месяцы беременности — бывает более непрочным и легко разрывае́мым.

Загибы и наклонение матки назад также предрасполагают к выкидышам, так как с увеличением матки они будут более тесно соприкасаться с мысом и с задней стенкой таза, а также сильнее травмироваться проходящими мимо каловыми массами. Правда, обыкновенно подобная неправильность исправляется сама собою, с одной стороны, благодаря росту матки в направлении наименьшего сопротивления, а таковым будет брюшная полость, а с другой — появлением маточных сокращений с одновременным сокращением круглых маточных связок, выпрямляющих матку. Эти сокращения и могут обусловить отделение яйца. В тех случаях, когда этого не происходит, наблюдается ущемление матки со всеми тяжелыми последствиями, в числе коих может быть и выкидыш, который является приэтом даже целительным моментом.

Разрывы шейки матки при значительной величине могут вести к недостаточной прочности ее и преждевременному раскрытию. Мне приходилось видеть после ампутации шейки матки зияние внутреннего зева приблизительно с диаметром в $3 - 3\frac{1}{2}$ см в течение нескольких недель беременности.

Параметриты, воспаление яичников, периметриты, одностороннее поражение труб ведут к большей раздражительности матки и к появлению маточных сокращений под влиянием ничтожных раздражений.

Вне половой сферы особенно часто ведет к прерыванию беременности *поражение почек*, давая очень непрочное соединение яйца с маткой, результатом которого является отделение последа. Некоторая часть плодов гибнет в связи с уремической и экламптической токсемией или под влиянием соответственных припадков.

Все, что способствует застойной гиперемии в области таза, благоприятствует выкиды. Так, пороки сердца, заболевания легких, печени, ведущие к застою крови в нижней половине тела, благоприятствуют выкиды.

Инфекционные болезни часто обуславливают выкидыш различным механизмом.

1) Они могут передаваться плоду и приводить его к летальному исходу.

Видную роль в преждевременном прерывании беременности играет сифилис, благодаря которому ребенок погибает частью

вследствие сифилитических изменений его органов, частью вследствие изменений плацентарного кровообращения вследствие запустевания кровеносных сосудов ворсинок, благодаря эндартерииту и пролиферации клеток ворсинчатой стромы.

2) То же может быть следствием токсического действия.

3) Высокая температура матери, будучи еще более высокой у плода, может приводить его к гибели, в то же время она повышает раздражительность матки и обуславливает в некоторых случаях маточные сокращения с отделением яйца.

4) Многие инфекционные болезни сопровождаются геморрагическим эндометритом с отделением яйца от подлежащей почвы.

5) В некоторых случаях коляпс матери может вести к смерти ребенка благодаря недостаточному притоку кислорода.

Другая группа причин выкидыша стоит в связи с состоянием плода. Конечно, во многих случаях они находятся в связи с ненормальностями матери или отца, однако взаимоотношение их для нас еще не выяснено. Williams признает эту группу одной из самых важных причин выкидыша. Mall при тщательном исследовании ранних выкидышей в одной трети случаев находил порочное развитие плода.

Williams предполагает причину этого в нарушении сегментации яйца в более ранних периодах, а также в изменениях их окружения.

Stockard показал, что временное уменьшение доставки кислорода или резкие изменения температуры могут вести к смерти плода или к замедлению его роста, а также вести к возникновению уродств.

Mola hydatidosa, скручивание пуповины, Simonart'овские нити, происходящие от сращения амниона с кожей плода, также могут вести к смерти плода.

Чрезмерное накопление околоплодной жидкости (hydramnion) ведет к преждевременному прерыванию беременности преимущественно в последние месяцы и редко ранее седьмого.

Третья группа обнимает самые разнообразные влияния. На первом плане стоят случайные механические воздействия, которые при известной силе, действуя непосредственно на матку, конечно, должны вызвать отделение яйца и выкидыш, но это наблюдается редко. Если насилие не падает на матку, то чрезвычайные повреждения проходят без прерывания беременности. Нередко гибнет мать, а выкидыша не происходит.

Казуистика приводит случаи перелома рук, ног, прободение брюшной стенки с выпадением внутренностей и даже ранение матки без нарушения беременности. Также описаны случаи операций на матке во время беременности — и у нас были таковые — без прерывания беременности.

Тем не менее даже такие моменты, как прыжки, езда по плохой дороге в тряском экипаже, даже рвота и кашель могут вызвать выкидыш у *предрасположенных субъектов*. При отсутствии последнего условия даже неукротимая рвота не вызывает выкидыша.

Танцы, связанные с большим напряжением и прыжками, должны быть запрещены во время беременности, в то время как плавные, нерезкие движения у здоровых беременных полезны. Следует отметить, что балерины, как правило, не оставляют своей деятельности до того времени, пока изменение фигуры их не сделается слишком очевидным.

В особенности нужно предостеречь от велосипедной езды. Здесь всегда возможно падение, затруднительное и даже опасное положение, связанные с механической и психической травмой. Велосипедная езда вредна также благодаря усиленному приливу крови к нижним конечностям и к матке.

К числу внешних причин можно отнести и все так называемые abortивные средства, способствующие маточным кровотечениям или сокращению органа. Общеизвестно, что эти средства не вызывают выкидыша у здоровых женщин, и в литературе описано много случаев смерти матерей от принятия этих ядов без прерывания беременности. Это не исключает возможного выкидыша, если эти средства будут приняты *предрасположенной к нему женщиной*. Препараты спорыньи, питуитрина и хинина могут быть назначены беременной женщине только врачом, знакомым с индивидуальными условиями данного случая. Врачи лихорадочных местностей широко назначают хинин при малярии без всякого вреда для беременной.

Сабина, колоквинт, сабур, как известно, усиливают приток крови к тазовым органам и тем могут способствовать кровотечению. Свинец, ртуть, никотин, морфий, хлороформ, хлоралгидрат, а по некоторым наблюдениям и алкоголь, могут причинить смерть плода, почему применение их должно быть осторожным, в малых дозах, и непродолжительным, при точном контроле врача. Могут ли психические влияния вызвать выкидыш? Полагаю, что да. Мы знаем,

что они вызывают иногда маточные сокращения, чему яркий пример мы видим изредка во время родов с прекращением схваток. Вид шипцов у некоторых женщин вызывает сильные схватки и окончание родов; у других, напротив, схватки парализуются, если они еще были в слабой форме. Обморок больной в периоде беременности легко может повести к смерти плода с последующим выкидышем, вероятно, в связи с недостатком кислорода.

Оперативные пособия во время беременности могут также способствовать выкидышу. Операции на наружных половых частях, на шейке матки, на грудных железах, в области *anus'a* и на зубах особенно предрасполагают к нему. Выкидыш при этом может произойти или вследствие рефлекторного спазма матки с частичным отделением яйца, или вследствие падения кровяного давления с нарушением кровообращения в последе до смертельной асфиксии плода под влиянием боязни, боли или наркоза. Само собою понятно, что и послеоперационное течение, связанное иногда с инфекцией и повышением температуры, может способствовать отделению яйца и смерти плода, о чем уже говорилось выше.

Особенно часто приходится решать этот вопрос относительно зубных операций, при которых по возможности желательно консервативное лечение и только в исключительных случаях допускать операцию с осторожным применением наркоза. Как известно, обмороки при этих операциях очень частое явление, и они как раз могут убить плод.

К числу внешних причин должны быть отнесены горячие спринцевания и ванны, а также бужирование, введение инструментов в матку и нарушение целости яйца. О последних говорить не приходится, так как их роль очевидна. Что касается ванн и спринцеваний, то они иногда по незнанию применяются беременными без дурного умысла. Как то, так и другое вызывает сокращение матки. Одна из моих пациенток по неведению делала себе горячие спринцевания и довела до начинающегося выкидыша. После прекращения их беременность продолжалась нормальным порядком.

Способствует выкидышу также и частый, а тем более слишком пылкий *coitus*. Я не думаю, чтобы в интересах семьи он должен быть прекращен в первое время беременности, и как правило разрешаю это до *последних* 6—8 недель беременности, прогрессивно ограничивая с ростом

беременности, конечно там, где нет указания на угрожающий выкидыш. Все же на это я смотрю как на уступку жизненной потребности, считая более нормальным прекращение coitus'a во время беременности.

В особенности нужно избегать coitus'a в дни предполагаемой менструации, так как в это время женщина особенно склонна к кровотечению.

Со стороны отца наибольшую роль играет сифилис и тем сильнее, чем он свежее. По последним данным, при заболевании плода обыкновенно бывает заражена и мать. О причинах смерти плода было сказано выше.

Интересное, но не вполне объяснимое явление представляет так называемый *привычный выкидыш*, который у некоторых женщин наблюдается в известном периоде беременности. В некоторых случаях причинами его были эндометрит, неправильное положение матки или порочное состояние ее, с устранением которых беременность протекала нормально. В других случаях никаких определенных причин к нему не находили и в последнее время высказывают предположения, не находится ли он в связи с эндокринной деятельностью, но доказательных фактов в этом отношении пока еще нет.

Некоторые авторы как прошлого, так и недавнего времени говорят об *эпидемическом выкидыше*, подобно наблюдающемуся у скота, где определены даже вызывающие его микроорганизмы (*bacillus abortus* Bang'a и *vibrio foetus* Smith). По отношению к людям такие бактерии еще окончательно не установлены, и вопрос пока стоит открытым.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ.

Как уже видно из предыдущего, выкидыш начинается или сокращениями матки, или разрывом кровеносных сосудов с кровотечением в соответственном месте и с отделением части яйца от подлежащей ткани. Сокращения матки в свою очередь ведут к кровотечению благодаря смещению яйца. Излившаяся кровь частично выходит наружу, частично задерживается в матке и свертывается. Этот сверток оказывает раздражающее действие на матку и вызывает в свою очередь маточные сокращения.

Этот механизм указывает нам на два существенных первичных явления выкидыша: 1) *кровотечение* и 2) *боли*. Боли,

являющиеся результатом сокращений матки, локализируются чаще всего в спине, реже внизу живота, а иногда и здесь и там. К этому вскоре присоединяется еще важный признак — как результат более или менее продолжительного действия схваток — 3) *раскрытие канала шейки матки*. Вот самые существенные признаки начинающегося выкидыша. В такой стадии выкидыш называется обыкновенно угрожающим. Дальнейшее течение может быть различным. Если причина начинающегося выкидыша устранена, схватки и кровотечение остановились, а отделение и смещение яйца не сопровождалось смертью плода и допускает еще дальнейшее его развитие, беременность продолжается, шейка обратно инволютируется, свертки крови выталкиваются наружу или остаются на месте, превращаясь в твердые фибриновые свертки. В противном случае кровотечение продолжается, схватки отделяют яйцо от подлежащей ткани, шейка раскрывается более и более, и в нее вдвигается яйцо (рис. 1). У первородящих наблюдается иногда своеобразная картина: в ранние месяцы беременности, когда яйцо, отделившись от своей почвы, целиком опускается в канал шейки матки при еще закрытом наружном зеве, — так называемый *шеечный или цервикальный выкидыш* (см. рис. 2).

У многоорождающих яйцо после своего отделения проходит через канал шейки обыкновенно без больших задержек.

Способ отделения и рождения яйца в первые 3 — 3½ месяца беременности по большей части отличается от такового в последующие месяцы. Наиболее объемистым телом в первые 2 месяца является разросшаяся decidua, и маточные сокращения прежде всего отражаются на ней, равным образом и кровотечения происходят в ее толщу, способствуя отделению ее от почвы в области *strati spongiosi* — в результате частый способ выхода яйца в первые 3 месяца, покрытого децидуальной тканью. Это так называемый полный аборт, наиболее выгодный для матери, прекрасным образчиком которого служит рис. 3. Реже яйцо, покрытое decidua reflexa, выходит первым, а decidua vera et serotina отделяются затем или даже остаются в полости матки на долгое время.

Около трех месяцев формирующийся послед делается уже наиболее объемистым телом растущего яйца и представляет наиболее трудный объект для изгнания, требуя

довольно сильных маточных сокращений. Здесь чаще, чем в первом периоде, оболочки разрываются и плод выходит первым, и за ним уже спустя иногда долгое время, сопровождаясь значительным кровотечением, выходит placenta, увлекая за собою как amnion, chorion и decidua reflexa, так и decidua vera. Последняя особенно часто частично задержи-

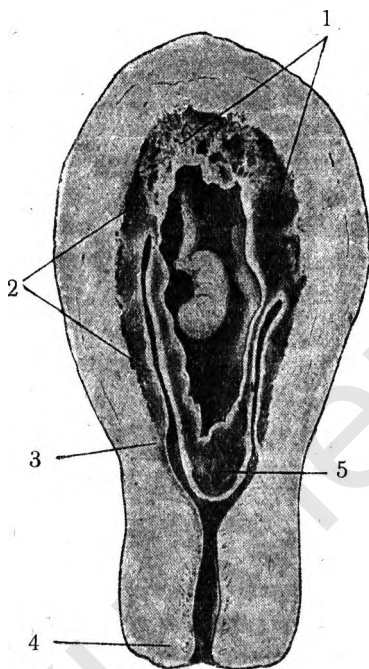


Рис. 1. Выкидыш на 2-м месяце. Отслоение deciduae serotinae и verae, начинающееся расправление шейки. (Из Бумма.) 1 — Decidua serotina и зачаток плаценты. 2 — decid. vera. 3 — orificum internum. 4 — orific. extern. 5 — верхушка яйца, состоящая из пропитанной кровью reflexa.

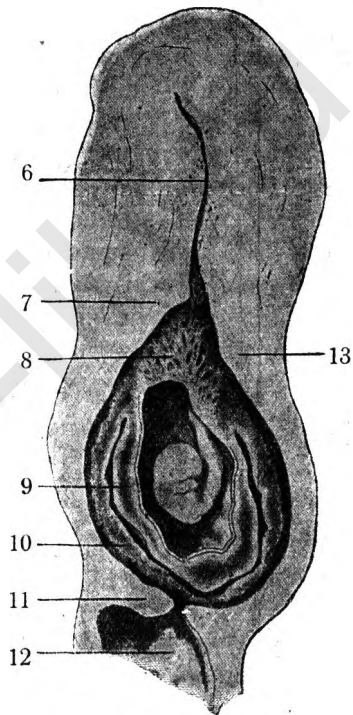


Рис. 2. Выкидыш на 2-м месяце. Яйцо вполне отделилось и опустилось в расширенную шейку, цервикальный аборт. (Из Бумма.) 6 — полость тела матки. 7 — orific. intern. 8 — зачаток placentaе. 9 — dec. reflexa. 10 — dec. vera. 11 — orific. extern. 12 — vagina. 13 — orific. intern.

вается в матке, давая повод к недостаточному обратному развитию, повторным кровотечениям, образованию фибриновых полипов, а также благоприятствует проникновению микробов гниения и патогенных в полость матки. Но и первый тип рождения яйца наблюдается здесь нередко — это переходный период. С 4-х месяцев плод уже настолько велик, что он представляет собою наиболее объемистую часть яйца и

выкидыш здесь приближается к тому типу, какой мы наблюдаем при своевременных или преждевременных родах. Сильные схватки раскрывают более и более шейку матки, в которую вставляется пузырь. Последний при достаточном раскрытии шейки разрывается, плод выходит во влагалище и оттуда наружу, а послед с оболочками постепенно отделяется от матки и также рождается наружу.

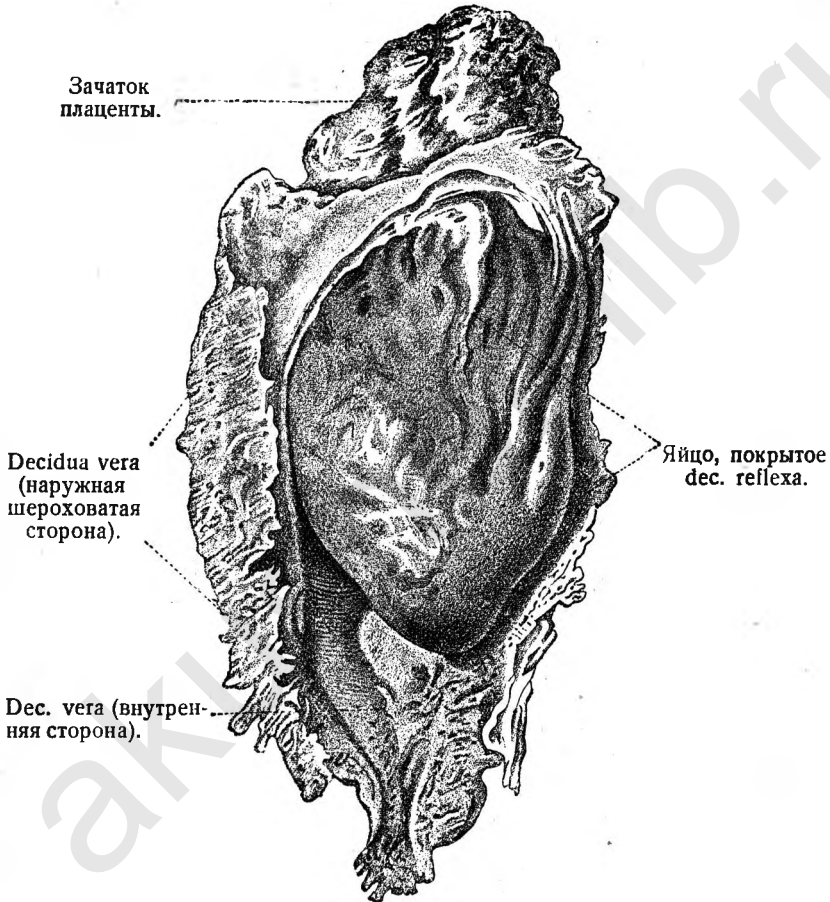


Рис. 3. Abortивное яйцо на 3-м месяце. (Из Бумма.)

Надо отметить, что рождение ребенка нередко затрудняется неправильным положением его — поперечным и косым, но эти последние имеют далеко меньшее значение, чем при более поздних стадиях беременности, так как плод настолько мягок и мал, что самоизворот или роды по типу сдвоенного туловища (*conduplicato corpore*) происходят не

трудно. Все же это задерживает рождение и требует больших сокращений матки в особенности на 6 и 7 месяцах, когда приходится часто прибегать к операциям.

Искусственный преступный выкидыш протекает, конечно, иначе. Даже в том случае, когда он вызывается

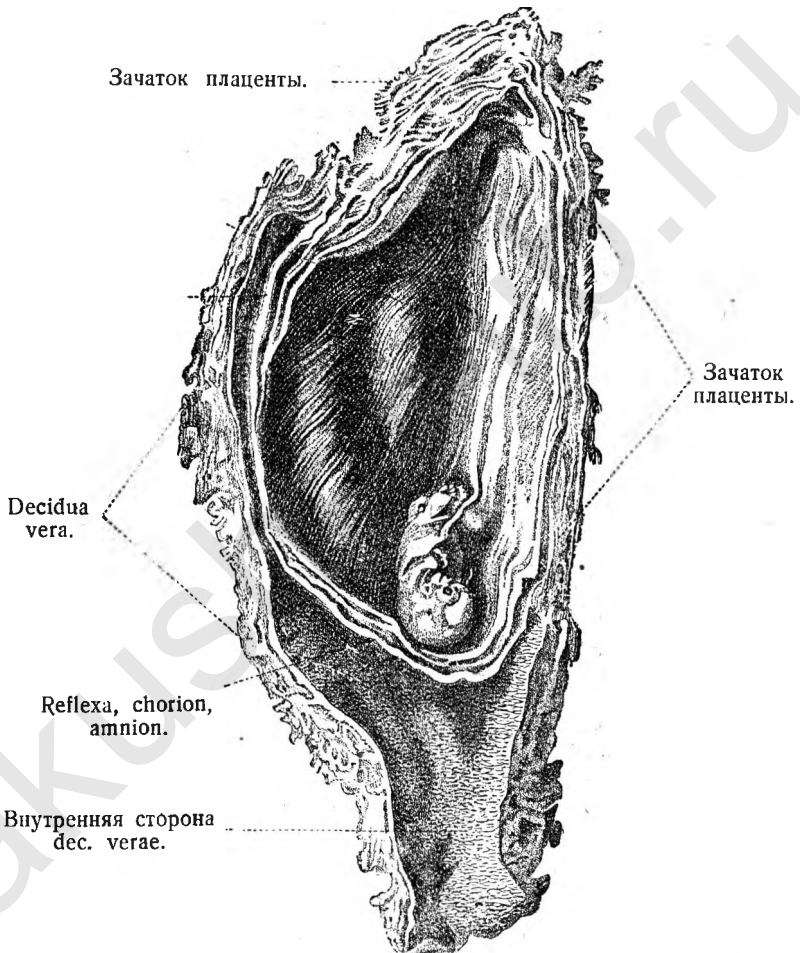


Рис. 4. То же яйцо (см. рис. 3) в разрезе. (Из Бумма.)

лекарственными средствами — горячими спринцеваниями, ваннами, массажем, скачками и прочими сотрясениями тела, — выкидыш протекает более неблагоприятно, так как связь яйца с маткой более прочна, и шансы на продолжительное течение и задержание частей яйца повышаются. К этому при-

соединяются отравляющее действие внутренних лекарственных средств, возможные ранения полового канала при массаже, занесение инфекции и пр. В результате—еще большая опасность для женщины.

Таким способом разрешается меньшинство. Главное средство для искусственного выкида — механическое повреждение яйца, производимое бабкой, самой абортирующей, акушеркой или врачом.

Естественно здесь будет наблюдаться большее число ранений, иногда даже смертельных, большее кровотечение и большой шанс на занесение заразы. Даже в руках акушеров и акушерок преступный выкид представляет большую опасность, чем производимый в больницах, так как тайна, поспешность, недостаточность ассистенции, несоответственное помещение ведут сплошь и рядом к небрежному оперированию и к несовершенной асептике. Целый ряд ранений, иногда оставление тампонов и инструментов (бузей), попавших даже в брюшную полость, описаны в литературе. Все это делает такой выкидыш бичом для женщины, и он-то главным образом и представляет угрозу для наций.

Это имеет место и у нас, в Советском ССР. Я приведу сообщение д-ра Шифлингера из Саратова („Гинекология и акушерство“, № 1, 1927 г.). Шифлигер собрал анкету от 200 женщин с выкидышем. 90% из них были замужние и только 4,5% девицы. Малый процент девиц автор объясняет тем, что они делают себе аборт тайно у бабок и акушеров, но что между ними было много живших половой жизнью, в этом он не сомневается, так как все молодые люди на фабрике жили половой жизнью с товарками по работе, не опасаясь беременности, и девицы считали своим правом делать себе выкидыши. 63% не имели детей или имели одного ребенка. Материальное положение абортировавших нередко было вполне удовлетворительным.

Автор полагает, что разрушение семьи играет видную роль в этом явлении, и считает, что для поднятия уважения к ней необходимы не только моральные, но и законодательные воздействия. Прибавляю, что 78% выкидышавших имели не более 30 лет, и, следовательно, весь вред выкидышей падал на наиболее производительную массу населения.

Даже самопроизвольный выкидыш очень часто протекает с осложнениями, из них наиболее часто встречаются следующие.

1) *Значительная потеря крови.* Уже в начальном периоде выкидыша у некоторых женщин бывает обильная кровопотеря на почве геморрагического эндометрита. Еще чаще она обуславливается затянувшимся выкидышем с постепенным частичным отделением оболочек и формирующегося последа. Конечно, приэтом имеют значение свойства сосудов, способность их к сокращению, способность самой матки к спадению и сокращению и, наконец, свертываемость материнской крови. Что в некоторых случаях последняя бывает ничтожна и женщина иногда представляется как бы типичной гемофиличкой, в этом меня убедил, в особенности, один случай, о котором будет сообщено в главе о кровотечениях, но и во многих других случаях меня иногда поражала неспособность вытекающей крови свертываться. К счастью, случаи смерти от кровотечения при выкидыше крайне редки. Обыкновенно при достижении высшей степени анемии кровотечение прекращается, и больная не умирает, но следы огромной потери крови остаются на долгое время.

Кровотечение из сосудов *истинной отпадающей и запоздалой оболочек* естественно проникает и в остальные части яйца, пронизывая оболочки плода, а иногда попадая даже в полость амниона. В некоторых случаях выходящее яйцо почти повсюду пронизано такими сгустками, причем самый плод погибает и распадается. Такое яйцо носит название *кровоного заноса*. Прежде думали, что плода при этом не бывает, но это не так — остатки пуповины, а иногда и самый плод находится при тщательном исследовании. При задержании такого яйца в матке на более продолжительный срок кровь выщелачивается, обесцвечивается, и кровяной занос делается похожим на кусок мяса, почему его и называют *мясистым заносом*.

2) Следующее осложнение выкидыша — *долгое задержание его в матке*. Если нормальные роды продолжаются от 10 до 20 часов, то выкидыш тянется нередко много дней, а иногда одну, две и более недель. Естественно, приэтом, больная теряет немало крови, и благодаря волнению, связанному с плохим питанием, силы ее *существенно* подрываются, в особенности если к этому присоединяется лихорадка. Такое задержание особенно часто при преступном выкидыше, вызванном разрушением яйца, отдельные части которого, в особенности прикрепленные в области маточных рогов, с большим трудом могут быть изгнаны из матки.

В некоторых случаях частички плаценты надолго остаются в матке, давая по временам кровотечения или меноррагии, истощающие и без того малокровную женщину. Они часто служат причиной недостаточного обратного развития матки (*subinvolutio uteri*).

В исключительных случаях кровотечение останавливается, схватки прекращаются, шейка снова формируется, и больная остается с мертвым яйцом, задержанным в полости матки. Такое явление называется *задержавшимся выкидышем — missed abortion*. Мне не раз приходилось видеть это явление при несколько иных условиях: плод умирает от какой-либо причины, и обыкновенно наступает выкидыш несколько дней спустя, но иногда этого не бывает, и яйцо остается в матке неделями, месяцами и даже более года. Витт говорит о самостоятельном росте последа в течение некоторого времени и после смерти плода. Такого увеличения я не наблюдал, или оно было крайне ничтожно. Само собою понятно, это возможно лишь при отсутствии микробов в яйце — иначе на мертвой ткани произошло бы скорое и сильное разложение. Задержавшийся выкидыш обыкновенно выходит к концу беременности, в срок родов, а иногда даже и позже. О ведении таких случаев будет сказано ниже.

Выше было отмечено, что выкидыши нередко выходят по частям в особенности при искусственном их вызывании. Как следствие прочного соединения частей яйца с маткой, с частичным отделением будет наблюдаться сильное кровотечение из разорванных сосудов благодаря тому, что соседние части мешают данному участку спастись и закрыть таким образом просветы сосудов. Как уже сказано выше, значительное кровотечение ослабляет женщину, а задержанное в матке тело растягивает ее, в то время как сокращения матки ведут к большему приливу крови, чем препятствуют обратному развитию ее.

Понятно также, что задержавшиеся куски яйца, частично омертвевшие, а также прикрепившиеся к ним свертки фибрина представляют благоприятную среду для развития бактерий и предрасполагают к проникновению туда как микробов гниения, так и патогенных. Различные манипуляции во влагалище, как-то: спринцевание, исследование, coitus, только способствуют такому проникновению.

В некоторых случаях свертков фибрина так много, что они спускаются в канал шейки матки и даже во влагалище, образуя так называемый фибринозный полип.

Иногда главную массу подобного полипа составляет задержавшаяся часть последа, пронизанная кровяными сгустками, — так называемый плацентарный полип (рис. 5.).

3) Следующее осложнение — *занесение в матку микробов гниения или патогенных*. Чаще всего они заносятся извне, иногда они проникают из влагалища. Висящие из матки обо-

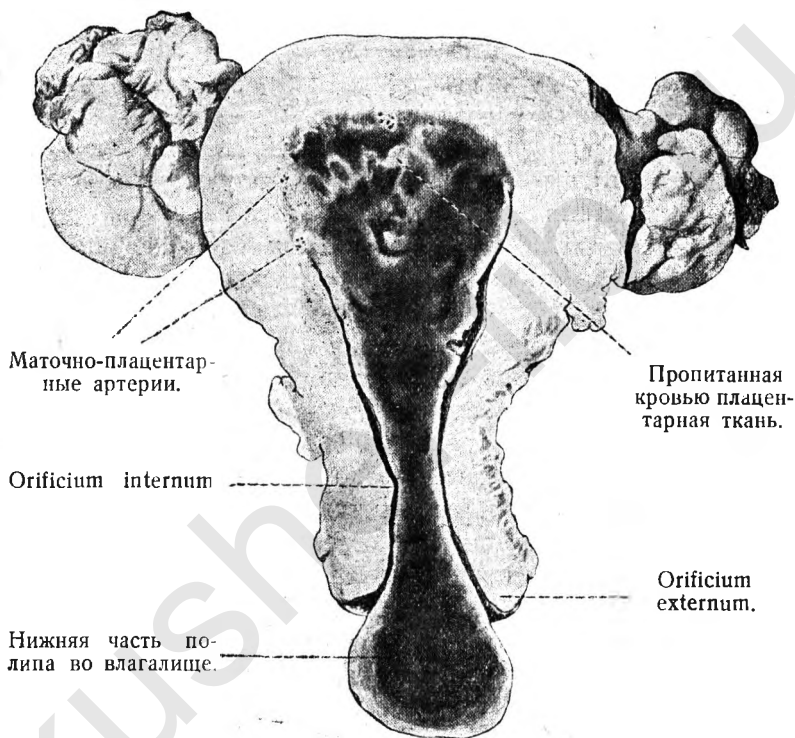


Рис. 5. Плацентарный полип. (Из Бумма.)

лочки или кровяные сгустки особенно способствуют этому. Это одно из самых тяжелых осложнений выкидыша, обыкновенно дающее лихорадку, приводящее нередко к серьезному заболеванию и даже к смерти. Оно называется *лихорадочным выкидышем*, и его следовало бы называть — *лихвыкидом*, разумея под этим термином выкидыш, осложненный заражением полового канала, в отличие от случайных лихорадок, наблюдающихся вместе с выкидышем, но происходящих от случайных заболеваний, как, например, грипп, плеврит, бронхит и проч.

Название лихвыкид подходит к нему и потому, что на него надо смотреть как на лихую беду, угрожающую женщине тяжелым последствием. Достаточно упомянуть, что в некоторых клиниках смертность при лихвыкиде достигала 8 — 10 и даже 18%. Явления параметритов, периметритов, тромбофлебитов, перитонитов и, наконец, общего сепсиса и пиэмии — нередки при нем. Они приковывают больную на много дней, недель, а иногда и месяцев к кровати, отнимают массу рабочих дней и зачастую делают женщину инвалидом и бесплодной. Должно отметить, что значительные потери крови, психическое угнетение и ранения резко понижают самозащиту организма и создают благоприятную почву для тяжелых исходов. Подробности будут рассмотрены ниже.

Плод при выкиде подвергается различным превращениям. При недолго длящемся выкидыше он может явиться на свет с признаками жизни, которые более или менее скоро угасают. На 7-м месяце беременности он может жить несколько дней и даже, как уже было сказано, может остаться в живых при тщательном уходе. При выкидышах до 2-х месяцев он может рассосаться (Nürnberg). Какой процесс лежит в основе этого рассасывания (кроме гниения), еще не установлено. В более поздних стадиях плод подвергается обыкновенно мацерации с пропитыванием водою всех его тканей, редко он подвергается мумификации — высыханию и уплотнению, что особенно наблюдается при двойнях с живым вторым плодом. Еще реже наблюдается скелетирование — распадение мягких частей с обнажением костей, которое бывает и без доступа бактерий, и, наконец, в единичных случаях наблюдалось окаменение — отложение солей как в тканях плода, так и в его придатках.

При проникновении бактерий в матку плод подвергается гниению и распадению. Интересный случай скелетирования плода описывает Wagner; оно произошло в течение 22 часов у одной больной по случаю заболевания легких при 5-месячной беременности был произведен искусственный выкидыш посредством метрейринтера. Ребенок был живым за 22 часа до рождения. Повышение t° , тимпания матки. Плод извергнут совершенно скелетированным. Бактериологическое исследование обнаружило gasbacillum Fraenkel'я. Больную исследовали студенты, которые несколько дней назад занимались на трупах.

ПРЕДСКАЗАНИЕ.

Что касается прогноза при выкиде, то точную оценку его сделать очень трудно. Результаты меняются не только в связи с процентом включенных искусственных выкидышей, но также *лихорадочных и осложнированных*.

Последними мы называем такие, где инфекция зашла за пределы матки. Значительное число тайных, скрытых выкидышей делает нашу оценку неточной. Мало того, с течением времени количество преступных выкидов увеличивается и тем меняет общий результат.

Итак, прежде всего относительно произвольного выкида предсказание очень благоприятно в отношении смертности. Вероятно, она колеблется в пределах от 0,2% до 0,1. Так, Halban на 4900 безлихорадочных выкидов имел смертность 0,06%, Kolisch на 1158 случаев — 0,2%, в клинике Hofmeier'a на 705 случаев 0,4%, Heupemann на 646 — 0%.

Иные результаты при лихорадочном или инфицированном выкиде. Процент смертности и здесь весьма различен в зависимости от количества осложнированных случаев, а также и лечения. Так, Trauhott получил 18% смертности при активном лечении, Nürnberger 12,5% при экспектативном лечении, в то время как Winter собрал 1048 случаев консервативно леченных выкидышей с 1% смертности и 792 экспектативно леченных с 1,1% и 6512 активно леченных с 2,9% смертности.

Я придаю особенное значение цифрам Dietrich'a как потому, что он собрал наибольшее число случаев, так и потому, что он приступил к обработке этого материала беспристрастно. Из 20 клиник он получил сведения о 10 000 больных с t° 38° и выше при приеме. Подвергшиеся *активному лечению*, то-есть разрешенные вскоре после поступления в больницу, дали 4,5% смертности, подвергшиеся *экспектативному лечению*, то-есть с выжиданием до прекращения лихорадки с последующим опорожнением матки через 3—8 безлихорадочных дней, — 1,4%, и чисто *консервативному лечению* — 5,4% смертности. При детальном рассмотрении случаев он нашел, что в последнюю группу относились как представителями активного, так и экспектативного лечения все наиболее тяжелые и безнадежные случаи. Поэтому он соединил активно и консервативно леченных в одну группу, экспектативно и консервативно — в другую. Результат полу-

чился: в клиниках с активным лечением — 4,8% и в клиниках с экспектативным — 3,1%. Если взять больных с t° 37,1' — 37,9% при приеме, соответственные цифры были таковы: 0,9% (активно леченных) и 0,7% (экспектативно), а для суммированных от 37,1' — 2,1% и 1,6% смертности.

Чтобы не повторяться дальше, приведу его дальнейшие выводы.

Леченные инструментально — кюреткой дали 3,4% смертности, с пальцевым контролем — 4,4% и с чисто пальцевым удалением выкида — 5,9% смертности.

Свежие случаи дали 1,3%, исследованные — 2,7%, оперированные — 4,8% и преступные 12,6% смертности.

Активное лечение при закрытом цервикальном канале — 5,3% и при проходимом — 2,8% смертности.

Полагаю, что на основании этих цифр мы будем близки к истине, если примем, что средняя смертность в клиниках при лихорадочном выкиде колеблется около 4%. Нужно впрочем признать, что в клиниках скопляются наиболее тяжелые случаи, и что в целой стране смертность от искусственного — очень часто зараженного — выкида будет меньше (Heupemann). Принимая процент смертности для целой страны в 2% — 3% для искусственных выкидышей и 0,17% для естественных, едва ли мы ошибемся, если будем считать общую смертность для тех и других в 1%, что совпадает с общим материалом Госуд. акуш.-гинекологич. института (0,79 — 1,17%). Эта смертность значительно выше родовой, как это указано на стр. 12.

Точно также и *заболеваемость* при выкидышах больше, чем при родах (см. на стр. 12).

Равным образом и септическая заболеваемость значительно больше при выкидыше (3,7%) сравнительно с родами (1,4%).

Результатом заражения наблюдаются эндометриты, параметриты, периметриты, сальпингиты, оофориты, наконец, перитониты и общее заражение.

Обильные месячные, как и продолжительные бели нередко истощают больную на почве задержания частиц яйца, наконец, наблюдаются бесплодие и внематочная беременность как следствие вышепоименованных заболеваний.

Остановлюсь несколько подробнее на прободениях матки. По Негвигу (в Гамбурге) с 1910 по 1923 г. наблюдалось 134 перфорации матки в связи с абортom в общественных и частных больницах. В действительности, по его мнению, их

было гораздо больше. Из этих 134 операций 93 были сделаны врачами, 5 другими лицами и 22 самими женщинами. В 14 случаях абортмакер не установлен.

Из 134 перфорированных умерли 35, то есть — 26,1%.

Несколько смертей наблюдалось также в связи с выкидышем от воздушной эмболии и от отравления.

Как видно из описанного, выкидыш представляет далеко не такую невинную операцию, как думает публика и абортмакеры.

Отмечу одно обстоятельство, не вполне понятное для меня. Просматривая литературу за прошлые годы, я не встречал такого пессимистического отношения к выкиды, какое имеется теперь. Так, Spiegelberg отмечает редкость смертных случаев при нем и благоприятное течение даже септических случаев. Zweifel (4 изд. 1895 г.) говорит, что предсказание „поразительно благоприятно“ (überraschend günstig), точно предрасположение к септическим заболеваниям здесь меньше. Шредер (9 испр. изд. 1888 г.) в предсказании даже не выделяет особенно септический аборт. В отчете Гугенбергера выкидыш дал 0% смертности. Правда, число случаев у него ничтожно, но в то время свирепствовала родильная горячка. У Виридарского и Чапина ни одной смерти, если не считать одну от тbc.

Какая причина обуславливала эту разницу?

Одно обстоятельство несомненно имеет большое значение — преобладание в настоящее время искусственных выкидышей. Может быть, некоторое значение имеет и более консервативный способ ведения выкидышей в прежнее время, тенденция к которому имеется и ныне.

ПРОФИЛАКТИКА.

Начнем с самопроизвольного выкидыша. Рациональная профилактика должна бороться с причинами того или другого патологического явления. Поэтому *при беременности с подозрением на начинающийся выкидыш мы должны тщательно исследовать не только систему половых органов, но и весь организм.*

Гигиенические мероприятия при этом должны быть особенно строго применяемы. Тщательная чистота тела (теплые, но не горячие и не холодные ванны), наружные подмывания половых органов также теплой отварной водой, устранение влагилицных спринцеваний и душей. Запрещение велосипед-

ной и верховой езды, игр и танцев, связанных с сильным мышечным напряжением, в особенности требующих усиленной работы ножных и тазовых мышц. Особенно опасна езда на велосипеде как вследствие возможных падений или хотя бы опасных положений, так и вследствие работы ножных и тазовых мышц, вызывающей усиленный приток крови к половым органам. Тщательный надзор за стулом. Далее следует урегулировать движения, в особенности воспретить горные путешествия, а также непривычные продолжительные прогулки. Важно регулировать coitus, стул. Устранить лишние поднятия на высокие этажи, а если это неизбежно, то сделать это с отдыхом. Ограничить или даже прекратить на время работу на ножной швейной машине. Вредно действуют посещения многолюдных собраний, с одной стороны, вследствие обилия углекислоты, с другой — вследствие толкотни и возможных приключений. Психическое воздействие на больную, чтобы она более спокойно относилась к возможным неприятностям. Особая осторожность рекомендуется в дни предполагаемых месячных. При наличии какого-либо заболевания без замедления обращаться к врачу.

Еще строже должны быть выполнены указанные профилактические меры при заявлении пациентки об уже бывших абортах. Такие женщины уже раньше должны обратиться к врачу с целью выяснить и поправить имеющиеся заболевания. Эндометрит должен быть соответственно лечен, может быть, даже abrasio, параметрит в форме остатков — массажем, наконец, гидротерапией, для устранения воспалительных экссудатов, курортным грязевым лечением, лечением анемий, неврастений и пр. Может быть, следует задержать на время новое зачатие до уничтожения болезненных явлений и до укрепления организма.

Несравненно сложнее дело с профилактикой искусственного выкида. И здесь надо стремиться устранить или по крайней мере ослабить производящие причины.

По Генсу, вот главные мотивы для аборта у крестьянок: 1) материальная нужда (33%); 2) многосемейность, многодетность, наличие грудного ребенка (29%); 3) позор внебрачной беременности (20%); 4) отсутствие правильного родовспоможения в деревне (11%); 5) разводы, непрочность брака и семейные неурядицы (9%).

Вопрос о профилактике искусственного выкида чрезвычайно важен как в индивидуальном, так и в социальном и

до некоторой степени в евгенических отношениях. В то же время он чрезвычайно труден, и до сих пор все попытки к решению его терпели неудачу.

Материальная сторона дела, конечно, имеет чрезвычайно важное, может быть, даже первенствующее значение, и на нее прежде всего должно обратить внимание. Чтобы устранить или по крайней мере ослабить этот мотив к выкиду, должно принять все меры к улучшению положения беременной женщины.

С этой точки зрения прочность брака имеет огромное значение, потому что она до известной степени улучшает материальную сторону деторождения. Уже и раньше непрочность брака составляла около 9% среди мотивов к выкиду. В ближайшем будущем следует ждать повышения этого процента. Так называемые „алименты“ далеко не компенсируют молодую женщину за ту тяготу, которую представляет беременность и роды, а ребенок, несомненно, составляет и некоторое препятствие к заключению нового прочного брака.

Беременность, а тем более ребенок, подрывает работоспособность женщины, от которой у многих зависит самое существование.

Поэтому чрезвычайно важно, чтобы законодательство способствовало прочному браку.

Как показывают приведенные данные, выкид и в руках врача далеко не невинен.

Самые тяжелые и самые частые ранения, как показывает опыт, наносятся врачами. Поэтому едва ли коллектив выиграет при значительном учащении даже и больничного выкида.

Резюмирую: искусственный выкидыш должен совершаться только по медицинским показаниям в сочетании с евгеническими и социальными.

Признание права на выкид за врачом уменьшило бы количество внебольничных выкидов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Следующие вопросы приходится решать врачу по поводу выкида:

- 1) Имеется ли в данном случае беременность.
- 2) Нет ли внематочной беременности.
- 3) Есть ли это выкид или менструация во время беременности.

- 4) Можно ли выкид задержать.
- 5) Жив ли плод.
- 6) Вышло ли все яйцо или в матке еще имеются остатки.

Ad 1. Вопрос о беременности при начавшемся кровотечении решается на основании обычных признаков ее, из коих главный — увеличение матки, причем особенно важно увеличение ее в передне-заднем размере, благодаря чему форма тела ее приближается к шарообразной. Характерно также размягчение ее благодаря приливу крови и развитию сосудов, в особенности в области внутреннего зева, так называемый признак Hegar'a, а также явления флюктуации. При нормальном состоянии женщины остановка месячных имеет очень большую доказательную силу, хотя нужно узнать от больной, не бывали ли у нее подобные задержки и раньше под влиянием каких-либо причин и не наблюдается ли подобное в данное время.

Окраска половых органов, потемнение белой линии и околососковых кружков, набухлость Монтгомеровых желез, выделение молозива у I-рага представляют значительную ценность. Тошнота и рвота по утрам при удовлетворительном аппетите позднее, позывы на необычайную пищу также имеют некоторое значение. Точный диагноз ставится обыкновенно на основании анатомических изменений матки, в то время как все другие признаки имеют лишь вероятное значение; но сумма их имеет довольно убедительную силу. В результате точный диагноз устанавливается обыкновенно в середине 2-го месяца. В сомнительных случаях рекомендуют больной показаться через 1½ — 2 недели с очищенным кишечником, исследуя ее после опорожнения мочевого пузыря, что, впрочем, рекомендуется при всяком гинекологическом исследовании.

Ad 2. Внематочная беременность все чаще и чаще встречается в последнее время, а потому при кровоотделении во время беременности при исследовании всегда следует ответить и на этот вопрос. Для нее характерны боли в соответственной стороне сбоку матки. Далее, матка, хотя несколько и увеличена и сочна, но не имеет характерного передне-заднего увеличения и шарообразной формы, а самое главное — сбоку от нее и чаще кзади, очень редко спереди, определяется опухоль на протяжении трубы.

При первом исследовании в последнем случае редко удается поставить окончательный диагноз в ранние сроки и

приходится повторить исследование через 5—8 дней, тщательно подготовив к нему больную и поместив ее в больницу на случай могущего быть разрыва трубы. Продолжающиеся болевые ощущения и быстрый рост опухоли при малом изменении матки говорят за внематочную беременность. Появление инсульта, характерного для разрыва трубы или для трубного выкидыша, и раньше решает дело.

Кроме указанных выше признаков беременности, можно применить с этой целью реакцию оседания красных кровяных шариков, как и реакцию *Abderhalden'a*, но они также в руках многих дают только вероятные заключения.

Ad 3. Всякое кровотечение из беременной матки практически следует считать за начинающийся выкидыш. Конечно, кровоотделения у беременных в те дни, когда должны быть месячные, наблюдаются нередко, и даже мне приходилось наблюдать их в единичных случаях по 3 и 4 раза, а в литературе имеется описание женщины, менструировавшей только во время беременности. Но последние случаи очень редки, а однократные месячные обыкновенно бывают меньше обычных, но самое главное — у нас нет опознавательных точек сказать в момент их появления, есть ли это менструация, и не перейдет ли она, если бы даже она и была таковой при беременности, в настоящий выкидыш. За последнее будет говорить атипичность, появление схваткообразных болей и в особенности сглаживание шейки матки. При *dysmenorrhoea membranacea* точный диагноз устанавливает микроскопическое исследование, констатирующее отсутствие ворсин.

Ad 4. Вопрос, удержим выкидыш или нет, имеет решающее практическое значение: им определяется все наше лечение. То, что полезно для первой формы, вредно для второй, — и обратно.

Итак, какие признаки характеризуют неударжимый выкидыш? Нужно иметь в виду следующие пять признаков.

1. Резкое смещение яйца. Если нижний полюс его находится в области наружного зева или ниже, задержка его невозможна. Меньшие смещения в некоторых случаях еще допускают задержание. Мне приходилось видеть это, когда по незнанию больная применяла средства, способствующие выкидышу, — например, горячие спринцевания, ванны и т. д. Прекращение их останавливало кровотечения и схватки, шейка матки снова формировалась, яйцо уходило в полость

матки, и беременность продолжалась. Конечно, при этом применялось и другое лечение, описанное ниже.

Даже при яйце, доступном исследующему пальцу, в исключительных случаях беременность может продолжаться, как это было упомянуто мною раньше, после ампутации шейки матки, когда внутренний зев был открыт пальца на $1\frac{1}{2}$. Само собою понятно, что выжидание в таких случаях при отсутствии кровотечения в интересах плода вполне показано, как и применение мер, успокаивающих матку и сохраняющих беременность.

2. Рождение частей яйца. Если проходят воды или выделяется часть оболочек, а тем более, если выходит плод, выкидыш неизбежен. Но даже и здесь наблюдались единичные исключения. Один подобный случай мне пришлось видеть за всю мою деятельность. Одной больной акушерка сделала выкидыш разрывом пузыря зондом. Больная видела, как брызнули воды. Беременность около 6 месяцев. Вскоре начались схватки и небольшое кровотечение, которые продолжались несколько дней. Врачи, видевшие больную в это время, уверяли ее в неизбежности выкидыша. Я видел ее дней через 10, когда схватки и кровотечение остановились и беременность продолжала нормально развиваться. Это крайне редкое исключение. Как правило — через несколько дней после разрыва пузыря наступает выкидыш или роды. Очень редко наблюдалось продолжение беременности второго плода после рождения первого.

3. Выкидыш неудержим, если кровотечение угрожает жизни матери. Уже из практических соображений мы должны при таких условиях признавать выкидыш потерянным, ибо со смертью матери гибнет, конечно, и плод. Должно отметить, однако, что даже и значительные кровотечения не всегда связаны с выкидышем, в особенности тогда, когда имеется видимая причина его. Мне приходилось видеть кровотечение по одной-две недели и более, а некоторые видели даже по несколько месяцев без прерывания беременности. Решающий диагноз ставится здесь на основании всей клинической картины. Так, при привычных выкидышах уже незначительное кровотечение дает обыкновенно плохое предсказание. Характер выделяемой крови имеет также некоторое значение. Черная задержавшаяся кровь, смешанная с такими же сгустками, дает обыкновенно плохой прогноз.

4. Выкидыш неудержим, когда плод умер. На пятом-седьмом месяцах по сердцебиению мы можем установить смерть

плода, но только тогда, когда мы раньше ясно слышали его сердцебиение и если имеется налицо какое-нибудь обстоятельство, могущее вызвать смерть плода, например, падение, обморок, сильный страх, волнение и т. д. Конечно, отсутствие сердцебиения может быть в таких случаях установлено лишь после многократных исследований при наиболее благоприятных условиях. В эти ранние месяцы оно иногда выслушивается очень неясно.

При наличии чрезмерного накопления околоплодной жидкости (hydramnion) даже самый опытный акушер не всегда может определить сердцебиение плода, но мать обыкновенно чувствует его движение. Это объясняется тем, что плод, как более тяжелый предмет, приближается к задней стенке матки при положении женщины на спине, и, следовательно, между ним и стетоскопом будет большой слой жидкости. Я рекомендую в таких случаях выслушивать фонэндоскопом при положении женщины в коленно-локтевом положении — *à la vache*, — когда плод должен приблизиться к передней стенке матки.

Главным признаком смерти плода в ранние месяцы беременности является отсутствие роста матки, что мы можем констатировать при 3—4-недельном наблюдении.

5. Разложение в полости матки, как и наличие там инфекции, служит указанием, что беременность продолжаться не может.

Само собою понятно, что суммирование признаков, общая картина данного выкидыша, а равно и анамнез дают основания к оценке данного случая и отнесению его к той или другой категории.

Ad 5. Ответ дан выше.

Ad 6. В практическом отношении чрезвычайно важен вопрос: вышло ли все яйцо и не задержалась ли его часть? Больная является к врачу с кровотечением и заявляет о том, что выкидыш у нее вышел, а между тем кровотечение продолжается. Для решения вопроса очень важно осмотреть вышедшее тело, если только это возможно. В дальнейшем опознавательными явлениями здесь будут, во-первых, сила кровотечения. Как правило, после выхождения всего яйца кровотоделение ничтожно, и только в редких случаях оно бывает порядочным, но обычно скоро поддается лечению. Если к такому кровотоделению присоединяются и схваткообразные боли, диагноз задержания делается весьма вероятным. Важно состояние матки: большой передне-задний размер ее говорит

за нахождение в ее полости остатков яйца. Если подобное состояние продолжалось несколько дней или более недели после выхождения яйца, то недостаточное обратное развитие матки будет свидетельствовать о задержании частей яйца. Часто при этом канал шейки матки остается приоткрытым и пропускает палец, тогда пальцевое исследование полости матки, конечно, после надлежащей дезинфекции, точно решает вопрос. Если подобные кровотечения наблюдаются несколько недель спустя после выкидыша, врач должен иметь в виду развитие хорио-эпителиомы. Очень желательно при выскабливаниях, применяемых в таких случаях, производить микроскопическое исследование, а при подозрении на хорио-эпителиому оно безусловно необходимо.

Иногда картина при удалении яйца даже в надлежащей обстановке бывает настолько неясна, что подает повод, на первый взгляд казалось бы, к невероятным ошибкам. Произведено удаление яйца, а между тем матка продолжает расти соответственно сроку беременности, и месячных нет. И беременность действительно может существовать и нормально развиваться.

Такие больные обыкновенно очень обеспокоены вопросом, не будет ли их ребенок уродом. Конечно, исключить эту возможность нельзя, так как известны случаи перелома членов плода без прерывания беременности, но шансы на это ничтожны. Как виденные мною, так и другими лицами случаи не дали каких-либо уродств. Больше шансов, что при ранении плода повреждаются оболочки, а с отхождением вод прерывается беременность.

ЛЕЧЕНИЕ.

Первый вопрос, который мы должны решить при лечении выкидыша, — к какой категории его следует отнести: к удержимым или недержимым. В первом случае мы применяем все средства для удержания его, во втором, наоборот, все средства для ускорения его.

Начнем с выкидыша, который может быть задержан. Как уже сказано в профилактике, основным будет причинное лечение. Итак, если женщина делает себе горячие спринцевания, такие же ванны, ездит верхом, путешествует по горам, бегаёт по городу, взбираясь на 5-й — 6-й этажи, шьет по целым дням на ножной машине, мы должны по возможности устранить эти моменты. При наклонении матки назад, запорах, некомпенси-

рованных пороках сердца и т. д. должны устранить или по крайней мере улучшить болезненное состояние. Бережное вправление матки при *retroversio* после тщательного опорожнения кишечника и пузыря, повторное колено-локтевое положение по утрам и вечерам может быть рекомендовано такой больной. Клизмами и легкими слабительными (каскара по 20—50 капель, ревеня и пр.) очищают кишечник при запорах. Дигиталис или *adonis vernalis*, молочное лечение при пороках сердца для устранения застоя крови в области матки, бережное понижение температуры при инфекционных заболеваниях с высокой температурой, специфическое лечение при сифилисе и малярии широко применяются. Одновременно с этим укладывают пациентку в кровать на несколько дней, не менее 5—7, оберегая по возможности ее от всяких физических и психических раздражений, назначают *tinct. opii* 8—10—15 капель в небольшой клизме 2—3 раза в день, а при сильных болях впрыскивают 0,01—0,015 *morph. pur.* под кожу. В последующие дни то же или: *codein* 0,015 с *extract. hyosciami* 0,012, раза 2—3 в сутки в свечках. Я даю также *extr. fluid. viburni prunif.* по 20 капель 3 раза в день.

В тех случаях, когда кровотечение не останавливается и представляется довольно значительным, прежде чем признать выкидыш неудержимым, я даю *hydrastis* по 20 капель 3 раза в день, были случаи прекращения кровоотделения, но это уже переход к лечению неудержимого выкидыша.

При привычном выкидыше стараются установить причину и устранить ее. При отсутствии таковых, а равно и признаков *lues'a* все же я назначаю иодистый натр до 80 г в течение беременности, назначая микстуру из 6 г на 200 по 2—3 столовых ложки в день после еды, давая недели две с последующими недельными промежутками. Возможно, что мы достигаем таким образом рассасывания ускользающих от нашего определения воспалительных остатков.

Совершенно другое лечение должно применяться при неудержимом выкидыше. Возможно скорое, бережное и полное удаление яйца—вот наша цель. Конечно, если аборт идет без большого кровотечения, мы можем выждать один—два дня, предоставляя природе закончить свое дело. Я рекомендую давать при этом солянокислый хинин 0,5 один или два раза в сутки, не только рассчитывая на его усиливающее схватки действие, но до некоторой степени как на профилактическое против сепсиса. Широкое применение хинина при

многих инфекционных болезнях, рекомендация его как профилактического средства против гриппа, наконец, лечение в Англии Gordon'ом Lucker'ом уже развившегося сепсиса только подтверждают мое давнишнее убеждение в таковом его действии. Если хинин благоприятно действует на хорошо развитые формы септических бактерий, вероятно, он еще лучше будет действовать на только-что развивающиеся молодые формы. Усиление окислительных процессов в организме под влиянием хинина также говорит в пользу его применения в данном случае.

Если кровотечение небольшое, я рекомендую хождение по комнате. Схватки приэтом усиливаются и выкидыш совершается быстрее. Само собою понятно, применяются обычные асептические, как и другие мероприятия при родах: сбривание волос в области половых органов, омовение сулемовым раствором 1:3000 несколько раз в день или другими антисептическими средствами, надзор за стулом, опорожнение мочевого пузыря и проч.

Иначе следует действовать при порядочном, а тем более сильном кровотечении. Наш образ действий будет зависеть от срока беременности, силы кровотечения, раскрытия и свойств шейки матки, от температуры больной и условий, в которых приходится оказывать помощь.

Имеет также значение и опытность оператора.

Сначала рассмотрим неинфицированный выкидыш до 3 месяцев беременности. Раскрытие шейки в таких случаях обыкновенно может быть достигнуто в достаточной степени в один прием посредством расширителей Hegar'a. Опытный оператор без больших затруднений удаляет тогда плод и придатки при помощи абортных щипцов и тупой ложечки. В таких случаях уже имеется некоторое раскрытие шейки и бывает достаточным проведение нескольких номеров Hegar'a до 12—14-го номера. От 2½ до 3 месяцев беременности операция уже представляет некоторое затруднение при указанном раскрытии шейки, если сглаживание ее было ничтожным. Труднее всего выводится головка, обычно извлекаемая по частям. Как правило такую операцию следует производить под наркозом, лучше всего морфийно-эфирным или морфийно-хлороформным. Последний скорее приводит к цели, но действие его более ядовито, почему нужно давать его возможно меньше и у более слабых субъектов после усыпления переходить на эфир или применять последний с самого

начала. Морфий впрыскивается минут за 10 до операции, общий же наркоз начинают к концу дезинфекции операционного поля. Считаю очень полезным заставлять больных в начале наркоза считать от крупных цифр к меньшим, т.е. 100, 99, 98 и т. д., — на это требуется больше внимания. При операции желательно иметь трех помощников: наркотизатор, помощник на зеркалах и на инструментах, который может быть также и на орошении. Наружные части мы дезинфицируем обыкновенно по Fürbringer'у и смазываем потом их иодовой настойкой, влагалище вымываем с мылом при орошении сулемой 1:3000, у нефритичек и малокровных раствором марганцового кали или борной кислоты. Мочевой пузырь опорожняется, и усыпленная больная исследуется еще раз для точного определения положения матки и состояния придатков. Пулевыми щипцами захватывают шейку матки, слегка потягивая книзу, после чего влагалищная часть и канал шейки матки дезинфицируются спиртом. Последний 3—4 протираниями плейферами с ватой, смоченной спиртом.

Если канал шейки достаточно раскрыт, приступают к удалению яйца абортными щипцами и кюреткой, в противном случае применяют расширители Hegar'a, после предварительного и осторожного зондирования матки для определения направления ее полости и ее величины. Обращаю внимание на важность иметь металлические Hegar'ы теплыми, так как холодные сокращают шейку матки и затрудняют ее раскрытие. После удаления крупных частей яйца щипцами, частью ложечкой, приступают к окончательной очистке матки кюреткой. С передней поверхности обходят систематически остальные поверхности, переходя затем в область рогов, где задержание частей особенно часто, и, наконец, дна матки. По мере удаления частей яйца матка спадается, сокращается, стенки ее делаются более плотными и толстыми, и мы слышим и чувствуем рукой характерный треск скобления стенки матки после удаления яйца.

С удалением яйца кровотечение останавливается, и больная направляется в палату. Если бы было кровотечение, то при уверенности в полной очистке матки можно применить смазывание иодом полости матки при помощи плейфера и даже затампонировать ее стерильной или иодоформенной (ксероформенной) марлей. При сомнении относительно совершенной очистки покажется осторожное новое обследование

матки ложечкой, а если шейка достаточно раскрыта, — ошупывание пальцем. Последующее смазывание *tinct. jodi* и тампонация будут уместны.

До двух месяцев беременности удаление яйца очень сходно с гинекологическим выскабливанием и поэтому введение пальца едва ли потребуется, но если имеются сомнения и шейка допускает введение пальца, оно не противопоказано.

Должно отметить, что мужской палец проходит обыкновенно при раскрытии канала шейки до 18 — 20 №№ Негар'а, а женский до 16 — 18, и что медленное проведение расширителей уменьшает шансы на надрыв шейки матки. При трудном раскрытии ее я применяю также осторожные покачивания расширителей, благодаря чему раскрытие несколько облегчается.

Какую силу можно применять при выскабливании? Это определяется только опытом и зависит, конечно, от большей или меньшей прочности соединения яйца с маткой. В общем можно развивать при этом такое напряжение, какое требуется для довольно сильного чесания кожи без нарушения целостности ее покрова.

Что касается могущего быть кровотечения, то лучшим средством для его остановки будет скорейшее окончание операции. Следовательно, нужно не торопясь, но и не теряя времени, продолжать систематически операцию. Хорошим вспомогательным средством будет потягивание матки книзу пулевыми щипцами. Одновременно помощник может впрыснуть под кожу 1 — 2 шприца *ergotin'a*, *secacornin'a* или один 1 шприц *gunergén'a*.

Кюретки должны быть разной величины и различного сгиба. В начале операции предпочтительны с большим сгибом, в конце, когда матка опорожнена и сократилась, — с меньшим.

Если канал шейки матки еще не сглаживается, а она плотна и представляет значительные трудности для расширения, в особенности когда выкидыш 10 — 13 недель, можно применить временную тампонацию канала шейки и влагалища для размягчения и их раскрытия. Многие относятся к тампонации отрицательно, и можно признать, что без строгих показаний применять ее не следует, но там, где имеется основание бояться разрыва шейки матки или тяжелого течения операции удаления яйца с возможным поранением стенки матки или задержанием частей яйца, тампонация безусловно может облегчить дело и устранить более серьезные повреждения. В особенности к ней могут прибегнуть начинающие

операторы. Heупемапп в „Biologie des Weibes“, как и Warnekros из клиники Витт'а, получивший превосходные результаты при лечении лихорадочного выкидыша, применяли ее. Английские врачи широко пользуются ею. Williams и De-Lee в Америке также рекомендуют ее. Конечно, лучше обойтись без нее, но из двух зол приходится выбирать меньшее. Warnekros¹ применял для тампонации iodoformagaze, можно пользоваться иодоформенной, ксероформенной или стерильной, смоченной спиртом с tinct. jodi, а в деревне при нужде и водкой с примесью tinct. jodi. Тампон удаляется через 5—8 час. Warnekros удалял на следующий день.

В частной практике, когда нельзя перевести больную в больницу, а также и немедленно ее оперировать, тампон может оказать большую пользу. Он останавливает кровотечение, усиливает схватки и нередко ведет к самопроизвольному окончанию выкидыша.

В более поздних стадиях беременности, начиная с 3¹/₂—4 месяцев, удаление яйца представляет еще больше трудностей, плод уже большой, кости черепа и туловища довольно крепки и послед уже сформировался. К счастью, матка в этом периоде сокращается сильнее.

Обыкновенно стремятся достигнуть рождения плода, применяя хинин, pituitrin, а Heупемапп рекомендует и gynegon—превосходное сокращающее средство—производное secale—и как таковое я рекомендую его применять после опорожнения матки. Также можно применить горячие спринцевания, а в исключительных случаях—при значительном кровотечении—тампонацию и метрейриз. Первое при небольших матках 3¹/₂—4¹/₂ месяцев беременности, последнее—в позднейших. При спешности можно применить также влагилищное кесарское сечение в виде hysterotomia anterior.

Так как плод здесь нежизнеспособен, то для облегчения родов можно широко применять уменьшающие плод операции: perforationem, decapitationem, embryotomiam. Но лучше, если удастся повернуть на ножку и предоставить роды естественному течению. В виду мягкости черепа перфорация может быть произведена корнцангом, зондом и даже пальцем. После рождения плода последовый период ведется в общем так же, как и при срочных родах. Только выжидание здесь еще более показано. Применением хинина, pituitrin'a, горячих

¹ Archiv f. Gynaecologie. B. 120, S. 30.

спринцеваний удается нередко естественно закончить выкид. Если же кровотечение или же другие обстоятельства принуждают отделить послед, то с 4—4 $\frac{1}{2}$ месяцев уже не достаточно введения в матку одного пальца, нужно вводить два, и чтобы иметь возможность дальше провести их—вводить во влагалище полную руку. Способ Сгедé должен быть испробован ранее. Большое облегчение для этой операции дает общий наркоз. Отмечу некоторые моменты очень важные для операции, которая в некотором числе случаев дает разрыв матки. Иногда матка так вяла, что трудно отличить, где послед, где стенка матки. Следует в таком случае „пощекотать“ матку изнутри, бережно поскрести ее, после чего матка сокращается, стенка ее делается плотной, и отличие нетрудным. „Все, что плотно,—оставляй, все, что мягко,—удаляй“.

Иногда трудно добраться и неудобно работать в известном отделе матки. Особенно трудно отделять послед справа-спереди правой рукой и слева-спереди левой рукой. Если бы создалось подобное положение, вынимать руки не следует, но нужно переменить положение больной: положить ее на бок, и рука примет непринужденное, свободное положение. (При затруднениях справа-спереди при работе правой рукой положить на левый бок, а при работе левой рукой—слева-спереди положить на правый бок).

При совершающемся выкиде как влагалищное, так и брюшное кесарское сечение редко могут иметь место. Содержимое как матки, так и влагалища в этом случае всегда подозрительно в отношении инфекции, и большие разрезы могут способствовать глубокому проникновению инфекции со всеми тяжелыми последствиями. Поэтому лишь исключительно строгие показания заставляют прибегнуть к этим операциям. Так, при патологической шейке, рвущейся уже при применении расширителей №№ 8—10, при неудержимом кровотечении, следует прибегнуть к влагалищному кесарскому сечению при 3—4-месячной беременности.

Я не думаю, чтобы разрез в области внутреннего зева и isthmus'a, рекомендуемый некоторыми авторами (*Кокушкин, Марков* и др.), был бы более выгоден для пациентки, хотя я и согласен с ними, что *hysterotomia vagin. anterior* нередко оставляет после себя значительные ненормальности шейки. Едва ли они будут меньше при новом варианте.

Кесарское сечение *per laparotomiam* при выкиде мне пришлось делать лишь при уверенности в прободении матки с вероятной травмой содержимого брюшной полости. В таких случаях лапаротомия дает возможность закончить бережно выкидыши, быть может, после разреза стенки матки, зашить имевшееся отверстие, а в случае большого ранения матки, удалить последнюю. Осмотр соседних частей, перитонизация повреждений, а может быть и резекция пораженных органов заканчивают наше пособие. Вливание 50,0 эфира в область операционного поля при этом очень рекомендуется.

Гораздо чаще приходится применять эти операции при производстве искусственного выкидыша с медицинскими показаниями в поздних стадиях беременности, а также при одновременной стерилизации.

В последнее время проф. *Марков* и д-р *Файнберг* горячо рекомендуют брюшное кесарское сечение. Результаты, сообщенные ими, прекрасны: на 180 случаев ни одной смерти. Но едва ли можно так легко смотреть на эту операцию, потому что всякая лапаротомия пока неизбежно связана с опасностью большей, чем при оперировании через влагалище в надлежащих случаях. И если в руках отдельных хирургов при хорошей обстановке она и дает блестящие результаты, то едва ли она даст такие же результаты при обстановке большинства наших провинциальных больниц.

Защищая брюшной путь, проф. *Марков* находит справедливыми слова проф. *Скрабанского*: „Зачем ломиться в окно, если можно войти через дверь“. В действительности дверь находится во влагалище, а при брюшном оперировании приходится „ломать“ стену. Что же касается травмы, то она будет и при брюшной ране, к тому же она будет иметь дело с более нежными и важными органами (кишечник, сальник, брюшина) и с более верхними отделами брюшины, менее устойчивыми против заразы. Проф. *Марков* сам отмечает, что при потягивании за круглую связку „она в беременном состоянии легко рвется“. Едва ли можно считать рациональным зашивание матки одним рядом швов, проникающих все ее слои, как это рекомендует *Файнберг*. При этом едва ли будет совершенная перитонизация, а при применении шелка нитки долго будут зиять в просвет полости матки и в случае инфекции будут способствовать глубокому ее проникновению.

Итак, лапаротомия показана в случаях производства искусственного выкидыша со стерилизацией, причем для акушера, опытного во влагалищных чревосечениях, до 3½—4 месяцев при достаточной подвижности матки предпочтителен влагалищный путь.

Лихвыкид. Как в индивидуальном, так в социальном и евгеническом отношениях *лихорадочный выкидыш*, т. е. сопровождаемый лихорадкой, зависящей от самого выкидыша, — представляется наиболее важным, как уже сказано раньше. Поскольку он производится чаще всего посредством манипуляций в половом канале, естественно при нем там будут находиться самые разнообразные бактерии, частью занесенные туда преступной рукой. Вот что сообщает *Schottmüller* о результате культур шейки матки 600 инфицированных абортов:

Возбудители.	Инфекции		Сумма.	%
	Однородные.	Смешанные.		
<i>Staphylococcus aureus</i> или <i>albus</i> .	98	307	405	67,5
<i>Bacterium coli</i>	44	106	150	25
<i>Pseudodiphtherie bacillus</i>	13	91	104	17,3
<i>Streptococcus anhaemoliticus</i>	7	56	63	10,5
<i>haemoliticus</i>	7	19	26	4,33
<i>Micrococcus tetragenus</i>	—	4	4	0,66

Возбудители.	Инфекции		Сумма.	%
	Однородные.	Смешанные.		
<i>Proteus vulgaris</i>	—	3	3	0,5
<i>Streptococcus viridans</i>	2	1	3	0,5
<i>Pneumococcus</i>	1	—	1	0,16
<i>Obligat. anaerob. Bakter.</i>				
<i>Anaerob. Streptococ. (putrificans).</i>	4	300	304	50,66
" <i>Staphylococ.</i>	—	16	16	2,66
" <i>gramnegativ. Bacill.</i>	—	14	14	2,33
" <i>Bacill. symbiophilis</i>	—	14	14	2,33
<i>Bacill. phlegmonis emphysematosus Fraenkel</i>	3	8	11	1,85
<u>Steril</u>	16		16	2,66

Очень интересны также данные Шоттмюллера о микробах, найденных у 231 умерших от сепсиса после аборта.

Возбудители при сепсисе в крови при жизни, при перитоните в гною.	Случаи сепсиса.	Случаи перитонита.	Сумма.
<i>Однородная инфекция</i>			
<i>Streptococcus haemolyticus</i>	44	28	72
" <i>putrificus anaerob.</i>	41	31	72
<i>Staphylococ. aureus</i> или <i>albus</i>	32	10	42
<i>Bacillus phlegmonis emphysematosus Fraenkel</i>	9	7	16
<i>Pneumococcus</i>	2	1	3
<i>Bacterium coli</i>	—	4	4
<i>Anaerob. Staphylococ.</i>	1	—	1
<i>Смешанная инфекция</i>			
<i>Strept. putrific.</i> + <i>Bacter. coli</i>	4	4	8
" " + <i>Fraenk. gasbaccilli</i>	—	3	3
" " + <i>Staphiloc.</i>	1	—	1
" <i>haemolit.</i> + <i>Streptoc. putrifici</i>	1	—	1
" " + <i>Fraenk. gasbaccilli</i>	1	—	1
" <i>viridans</i> + <i>Strept. putrific.</i>	1	—	1
" " + <i>Fraenk. gasbaccilli</i>	1	—	1

Возбудители при сепсисе в крови при жизни, при перитоните в гною.	Случаи сепсиса.	Случаи перитонита.	Сумма.
Staphylococ. + Fraenk. gasbaciilli.	1	—	1
Bacter. coli + Streptococc. viridans . . .	1	—	1
„ „ + Streptococc. putrific. + Fraenk. gasbacilli . . .	2	1	3
	142	89	231

Как видно из приведенных таблиц, особенной злокачественностью обладают стрептококки и Fraenkel'евские bacilli, а затем стафилококки, но не только гемолитические, а также и другие. Мнение Winter'a о важном значении гемолитического стрептококка до некоторой степени подтверждается, но оно должно быть расширено.

Переходя к вопросу о лечении лихвыкида, должно отметить, что до сих пор оно еще не вполне установлено. В настоящее время имеется два главных направления — *активистов* и *консерваторов*. Первые считают показанным при лихвыкиде, как и при задержании его частей, немедленное очищение матки, вторые находят более выгодным изгнание яйца предоставить природе, или — как предлагает один из вариантов консервативного метода, так называемое *экспективное направление*, — приступать к опорожнению матки 3—8 дней спустя после падения t°. Winter настаивал на этом при гемолитическом стрептококке, Walthard и другие также и вообще при лихвыкиде.

Сторонники активного направления признавали, что скорейшее удаление заразного начала быстрее приведет к выздоровлению, что это причинное лечение. Они базировались также на том установленном факте, что большинство таких выкидышей дает немедленное или скорое падение температуры и выздоровление, правда, иногда предшествуемые ознобом и быстро проходящим повышением температуры. Некоторые подтверждения своему мнению они находят в опытах Кюстнера, по которым стрептококки в присутствии гниющих масс повышают свою заразную силу.

С другой стороны, защитники консервативного направления говорят:

1) Не всегда повышение температуры зависит от инфекции яйца, иногда оно обуславливается инфекцией матки или даже влагилица, и тогда удаление яйца является мало обоснованным.

2) При искусственном удалении яйца нарушается защищающий грануляционный вал, и масса патогенных бактерий попадает в кровяное ложе матки, как и на раневую поверхность, и может произвести еще большее заражение.

3) При оперативном удалении яйца очень часто наносятся случайные серьезные повреждения в особенности при нераскрытой шейке.

4) Опыт показывает, что при выжидании лихвыкид в течение ближайших дней дает понижение температуры, и следовательно тогда возможно удалять яйцо уже, так сказать, в холодном периоде, что в хирургии признается наиболее рациональным.

5) При выжидании организм развивает не только местные, но и общие защитительные силы и следовательно получает возможность наиболее успешной борьбы с патогенными микробами, которые при операции в большом количестве поступают в кровяное ложе матери.

6) При распространении заразы за пределы матки оперативное пособие только ухудшает дело, так как травмирует больное место, не уничтожая заразного начала, а способствуя его дальнейшему распространению.

Несомненно, эти возражения очень вески, но решают вопрос только факты. Отмечу, что вхождение микробов при операции выкидыша в сосуды матери установлено многочисленными опытами.

Как уже сказано выше, вопрос о наилучшем способе ведения выкидыша еще не выяснен. Причины тому — в чрезвычайной сложности этого на первый взгляд очень простого явления. Исход лихвыкида зависит не только от метода лечения, но и от многих других условий. Так, прежде всего имеет значение почва, на которую попала зараза, насколько велика ее защитительная сила. Мало того, последняя меняется под влиянием различных жизненных условий: утомление, работа, гнев, скорбь, голодание, холодание и проч. Заразное начало может быть также различной заражающей силы, которая в свою очередь может меняться под влия-

нием различных условий. Так, одни бактерии могут увеличивать заражающую силу, другие, напротив, ослабляют инфицирующих микробов. Далее имеет значение, где привился микроб,—в большом или маленьком сосуде, занесен ли он в сердце или в мозг, или в подкожную клетчатку и поверхностную мышцу. Местные условия случайно могут сложиться очень неблагоприятно; так, кровяной сгусток или кусок последа, закрывшие внутренний зев, будут способствовать всасыванию отделений, или матка, перегнувшаяся в ту или другую сторону. Даже одно и то же лечение в руках различных людей будет не всегда одинаковым.

Переходя к вопросу о выборе метода, должно сказать, что с теоретической стороны как активный, так и экспектативный—оба имеют солидное основание, но, конечно, вопрос может быть разрешен только фактами. К сожалению, и здесь дело обстоит очень запутанно; десятки врачей получают превосходные результаты при том и другом методе, как и десятки врачей получают плохие результаты. Winter и Dietrich совершенно рационально пытались суммировать результаты и оба получали более благоприятные данные для экспектативного метода. На стр. 12-й я привел цифры Dietrich'a, они довольно решительно говорят в пользу экспектативного метода (1,4% смертности против 4,5% при активном и 3,1% против 4,8% при суммировании с консервативными).

Особенно убедительно в пользу выжидания говорит группа случаев, веденных консервативно, в которой получилось 5,4% смертности против 4,5% при активном. Надо иметь в виду, что для такого лечения оставались самые тяжелые случаи (комплицированные), предсказание при которых особенно неблагоприятно, и тем не менее они дали лишь на 0,9% больше смертности.

Действительность выжидательного метода не менее подтверждается тем фактом, что t° лихвыкида как правило падает по истечении нескольких дней больничного содержания.

Все это, как и непосредственное клиническое наблюдение этих случаев, изо дня в день приводит меня к убеждению, что выжидание до понижения t° при лихвыкиде представляется более рациональным.

Нельзя однако не отметить, что выздоровление большинства больных при активном методе идет быстрее. Так, у Latzko при активном методе лечение продолжалось 9 дней,

а при экспектативном — 15,7, у Schottmüller'a даже 8,91 и 16,79. Противоположных сообщений значительно меньше, в роде Jасckke-Missler'a — 14,5 при активном и 11,9 при экспектативном.

Естественно желание выделить больных, которым без вреда можно немедленно очистить матку и через 3—4 дня отпустить их домой здоровыми. Выгода такого образа действий будет не только для данной больной, но и для других больных в учреждении, так как заразный очаг немедленно будет ликвидирован и персонал и помещение будут более асептичны.

Winter выделяет случаи с гемолитическим стрептококком, Heупemaпn с gasbacill. Fraenkel'я, но и не гемолитический стрептококк и стафилококк дают нередко тяжелое заболевание, в то время как иногда гемолитический стрептококк оказывается относительно безвредным.

Это заставляет искать в клиническом течении указаний на тяжесть заболевания, как и на способ лечения.

Самочувствие больной с лихвыкидом, ее пульс, температура, дыхание, чувствительность или болезненность полового аппарата дают еще больше оснований для оценки случая, чем бактериологическое исследование.

Руководствуясь последним, мы выжидаем не 5—8 дней, а всего 2—4 дня после падения t° , а в 1926 г. даже и более короткий срок. Таким образом экспектативный метод приближается к активному, а с другой — активный приближается к экспектативному, так как целый ряд авторов выжидают с лихорадочным выкидышем 1—2 дня с целью точного диагноза осложнений (Franz, Hammerschlag, Kulenkampff, Engelmann, Schottmüller). Как мы видели, у Warnekros'a и у Bumm'a в некоторых случаях откладывали операцию на сутки. При обсуждении вопроса о лечении лихвыкида невольно проводишь параллель с тем, как хирурги относятся к лечению нагноительных процессов. При нарыве, флюсе, панариции они вскрывают, но не выскабливают. При лимфангите они ограничиваются покоем и противовоспалительным лечением. Даже при аппендиците без прободения они стараются перевести процесс в холодную стадию и тогда оперировать. Экспектативный способ приближается к такому образу действий.

Резюмируя, приходим к заключению, что *комплицированные выкиды подлeжат выжидательному лечению. Нерацио-*

нально очищать матку, когда зараза находится вне ее и когда опорожнением матки мы можем резко способствовать распространению заразы.

Конечно, это не исключает необходимости удаления частей яйца, находящихся в области, например, наружного зева, противопоказаны лишь выскабливание или отделение яйца пальцем. Но и первое должно быть сделано самым бережным образом.

Лихвыкид без осложнений дает также наилучшее предсказание для жизни больной; при выжидании до падения t° , когда для ускорения выздоровления допустимо удаление яйца оперативным путем, срок операции должен находиться в связи не только с t° , но и со всей клинической картиной, т. е. с характером пульса, дыхания, общего самочувствия больной и в особенности с чувствительностью матки и по бокам ее. Имеет также значение характер заражающих бактерий.

Выжидание в течение 3—4 дней после падения t° в среднем обыкновенно является достаточной гарантией безопасности операции. При хорошем общем состоянии больной срок этот может быть даже укорочен.

Кровотечения только в исключительных случаях бывают при этом жизнеопасны и тогда, конечно, показуется немедленное опорожнение матки даже и приkomplицированном выкиде. Обыкновенно с ним удается справиться при помощи хинина, льда на низ живота, pituitrin'a, в редких случаях *secale* и *gynepgen'a* или даже тампонацией влагалища на 6—12 час.

При выжидании, больной назначается покой, лед на живот, ежедневно хинин по 0,5 раза 2 в день, при обильных отделениях — спринцевания 2—3 раза в день под низким давлением сулемой 1:3000, карболовой кислотой 1—2% у крепких немалокровных, со здоровыми почками, субъектов, иодом с иодистым калием с водой или с сильно разведенным спиртом 0,5—1,0:1000, марганцовокислым кали (1:2000) или 2% раствором борной кислоты. Вино в большом количестве, а привыкшим — водка, большое количество питья, надзор за стулом и легкая пища.

Самое бережное отношение как при уходе, так в особенности при операции. Чем меньше приходится применять насилия, тем лучше для больной. Кроме указанных мер, способствовать раскрытию матки и произвольному окончанию

выкида pituitrin'ом ($\frac{1}{3}$ и $\frac{1}{2}$ шприца), а в более поздних периодах беременности ожидать по возможности рождения плода.

Искусственное удаление яйца производить, как это описано, при лихорадящем выкиде.

При лечении выкида на дому в виду опасности случайных кровотечений чаще приходится оперировать неkomplицированный выкидыш и только в совершенно исключительных случаях оперируют komplицированный. Это показывает настоятельную важность перевода таких больных в клинику.

В заключение привожу мои положения, доложенные мною на съезде акушеров и гинекологов в Москве в 1924 г.

1. Вопрос о выкиде и в частности о лихорадящем выкиде получает все большее значение и требует самого серьезного внимания и изучения.

2. Мнение Winter'a о выжидательном ведении лихорадящего выкида с гемолитическим стрептококком и Walthard'a о таком ведении всякого лихорадящего выкида до сих пор во многом представляет открытый вопрос, давши положительный результат по мнению почти всех исследователей в отношении komplицированных выкидышей, подлежащих выжидательному лечению.

3. Есть основание думать, что лихорадящий выкидыш в больничной и домашней обстановке в общем протекает различно, так как в последней (домашней) тщательное соблюдение покоя и асептики, как и подача экстренной помощи, трудно достижимо.

4. Неkomplицированные лихорадочные выкидыши, как правило, в больничной обстановке при покое и пр. лечении через несколько дней дают нормальную t° .

5. Теоретически оперирование в холодной стадии, когда силы самозащиты проявили себя в полной мере, представляется более выгодным для больной.

6. Технику выкидыша до сих пор нельзя еще считать окончательно установленной.

7. Мнение Bumm'a: „Jede kunstegerechte Einleitung des Abortes hat deshalb mit der Dilatation der Cervix bis zu Durchlässigkeit für 2 Finger zu beginnen“, имеющее значение и для некоторого числа лихорадочных выкидышей, можно признать справедливым лишь для выкидышей второй половины беременности.

8. Пальцевое удаление яйца для некоторых случаев является более предпочтительным, чем инструментальное.

9. Первое применимо, как правило, с 4-го месяца беременности, второе в опытных руках представляется более предпочтительным в первые 2 и даже 3 месяца беременности.

10. Малоопытный акушер наделает меньше вреда матери, применяя палец для контроля и в течение 3-го месяца беременности.

11. В течение первых двух месяцев беременности широкое раскрытие шейки до введения пальца нередко связано с значительной травмой, а так как отделение яйца в этом периоде совершается более легко, и операция сходна с гинекологическим абгасио, то инструментальное пособие является более предпочтительным.

12. Пробождение матки наблюдалось при всевозможных инструментах и тем скорее, чем они меньше, поэтому желательно применение возможно больших подходящих для данного случая инструментов.

13. Лихорадочный выкидыш, в частности так называемый преступный, особенно опасен в этом отношении.

14. Лихорадочный выкидыш требует особо бережного отношения к матке в отношении иммобилизации и давления.

15. При раскрытии шейки, достаточном для прохождения пальца, применение последнего в неясных случаях несколько не противопоказано, особенно в перчатках.

16. Выжидание в течение 2—3 дней при лечении лихорадочного выкидыша нередко ведет к естественному окончанию его, в особенности с применением хинина.

17. Применение влагалищной тампонации, как временной меры с целью остановки кровотечения и ускорения раскрытия шейки, нередко сопровождается самопроизвольным окончанием выкидыша в течение 5—12 часов.

18. Обработка матки эфиром при активном ведении лихорадочного выкидыша заслуживает немедленного испытания.

Привожу здесь также главнейшие заключительные положения Непла о лечении лихорадящего выкидыша.

1. Не только при воспалительных осложнениях в окружности матки, но даже при подозрении на таковые показывается выжидательный образ действий. Следует тогда лечить не аборт, а осложнения. Вернее всего установить наличие осложнений после двухдневного наблюдения.

2. Немедленное опорожнение лихвыкида не представляется необходимым. Выжидание почти никогда не приносит важного или продолжительного вреда, если гарантирована своевременная помощь при сильном или длительном кровотечении.

3. При абортах свыше 3 месяцев следует всячески стремиться к естественному произвольному изгнанию плода. С помощью средств, возбуждаю-

щих маточные сокращения, этого можно достигнуть с значительной точностью. Также по большей части можно достигнуть изгнания всей плаценты. При задержке частей последа обыкновенно произвольное изгнание их не удается.

4. При опорожнении матки нужно особенно заботиться о бережном ведении дела.

5. При цервикальном канале, проходимом для пальца, начиная с 3 месяцев, предпринимать опорожнения матки впервые по изгнании плода.

6. При закрытом канале шейки должно действовать по возможности согласно 3 пункту. Если признаем задержку частей плаценты, должно после двухдневного наблюдения возможно бережно расширить шейку и удалить остатки тупой кюреткой.

7. Сильное кровотечение останавливается опорожнением, но если бережное проведение встречает препятствие или имеются осложнения, следует прибегнуть к тампонации.

8. Бактериологические исследования должны быть сохранены для клиник. Вне их они трудно осуществимы в полезной форме.

Следует отметить, что основные положения, высказанные мною в 1924 году, нашли подтверждение и у Heunemann'a в 1927 году.

Прибавлю, что и последующие наблюдения над действием эфира давали благоприятное впечатление. Но действуют ли они лучше, чем применяемые нами так же широко смазывания полости матки *tinct. jodi*, до сих пор сказать трудно. Отмечу, что при опорожнении матки и при лихвыкиде полость ее всегда обрабатывается одним из вышеуказанных средств (чаще *tinct. jodi*).

ГЛАВА ВТОРАЯ.

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС И ХОРИО-ЭПИТЕЛИОМА.

А. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ.

Одно из самых тяжелых патологических явлений беременности представляет пузырный занос (*mola hydatidosa*). Он не только как правило связан с гибелью плода, но угрожает здоровью и даже жизни матери как непосредственно во время беременности, так и много месяцев спустя после изгнания яйца. Что касается его частоты, то Львов встречал его один раз на 1500 родов, Энгель 5 раз на 4000, а Кгёттег значительно чаще, а именно 15 раз на 3859 родов, то есть 0,4% (1 на 250). На 20350 родов по данным Чапина, Виридарского и Якобсона он встретился 6 раз, у Михайлова на 48452 родов 15 раз. В последнее время он встречается чаще. Так, в 1925 году в Гос. акуш.-гинекол. институте на 3962 поступивших он встретился 7 раз. Возможно, что это стоит в связи с ослаблением женщин вообще благодаря пережитому голоданию и нервным потрясениям, а также в связи с более частым заболеванием половой сферы в зависимости от большей свободы половых отношений и большей частоты гонорреи и абортов. Должно отметить, что у некоторых женщин пузырный занос повторяется, и у одной наблюдался даже 11 раз.

АНАТОМИЯ.

Как показывает самое название, пузырный занос состоит из массы пузырей величиною от булавочной головки до куриного яйца и более, чаще же всего от горошины до виноградины. Общий вид образования походит на гроздь винограда, но при детальном рассмотрении можно заметить раз-

ницу в соединении пузырей (рис. 6). В заносе нет ствола с разветвлениями, на которых сидят отдельные пузыри, а имеется общая масса пузырей, которые связаны друг с другом не общим стволом, а ножками, отходящими от поверхности самого пузыря (рис. 7). Вышедшие произвольно или удаленные оперативно массы имеют сероватый цвет, местами пронизаны или покрыты кровью, консистенции то более мягкой, как бы густого киселя в случаях развивающегося заноса, то более плотной при продолжительном задерживании в матке остановившегося в своем развитии заноса.

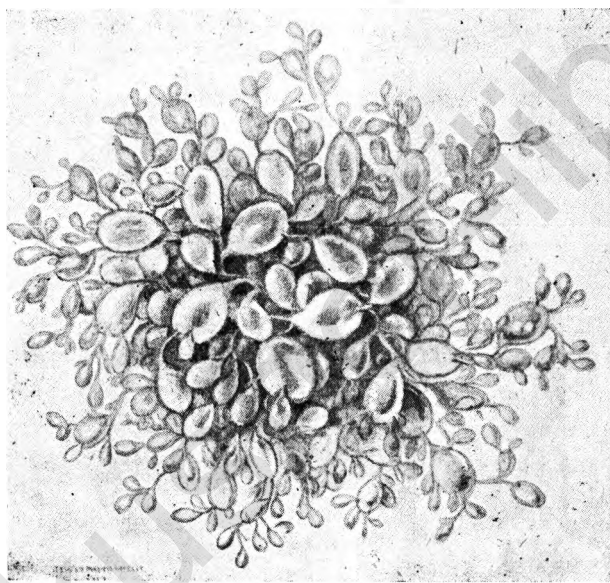


Рис. 6. Пузырный занос. (Из De Lee.)

Величина его бывает различна в связи со временем прерывания беременности. На 3—4 месяце он достигает величины кулака взрослого мужчины и более, в некоторых случаях позднее извергается до 8 фунтов и более.

Пузыри наполнены мутноватой жидкостью, состоящей из воды, альбумина 0,612 — 0,86%; муцина 0,139 — 0,294%.

При пузырном заносе, как правило, не находят плода, он распадается. В редких случаях однако определяется остаток его и амниона.

Микроскопическим исследованием установлено, что пузырный занос есть перерождение ворсин хориона, так как в нем

мы находим все элементы этой оболочки. Он поражает обыкновенно большую поверхность хориона, иногда же только *chorion frondosum* или *chorion laeve*. В некоторых случаях поражение захватывает меньшую часть яйца, и тогда плод может дальше развиваться, а если питание плода нарушается незначительно, то плод может достигнуть зрелости.

De Lee заявляет, что при тщательном исследовании последа частичное пузырчатое перерождение его наблюдается не исключительно редко.

Является ли смерть плода первичным явлением или вторичным, до сих пор мы этого точно не знаем.

Стенка каждого пузыря состоит из остатков соединительнотканной стромы бывшей ворсинки, покрытой снаружи нередко толстым слоем клеток Langhans'ова слоя и синцитиума, беспорядочно перемешанных между собою. Синцитиум легко диагностируется по большим скоплениям протоплазмы с многочисленными ядрами, по большей части представляя резко выраженную вакуолизацию, а клетки Langhans'ова слоя, хорошо контурированные, с шаровидным ядром, как сказано, перемешаны с этими массами, располагаясь между ними гроздьями и цугами.



Рис. 7. Детали пузырного заноса.
(Из De Lee.)

Нередко описанные разращения клеток Langhans'ова слоя и синцитиума подвергаются дегенерации и некрозу.

Эмбриональная соединительная ткань стромы ворсинки претерпевает гидропическое перерождение, образуя таким образом жидкость пузырей и оставаясь в ничтожном количестве с небольшим числом плохо окрашивающихся клеток.

Особый интерес и значение представляет так называемый разъедающий (разрушающий) пузырный занос (*mola hydati-*

dosa destruens), при котором хориальные массы пузырного заноса проникают в стенку матки, пронизывая в большей или меньшей степени мускулатуру ее, доходя и поражая иногда брюшину, так что пузыри смотрят тогда прямо в брюшную полость (рис. 8).

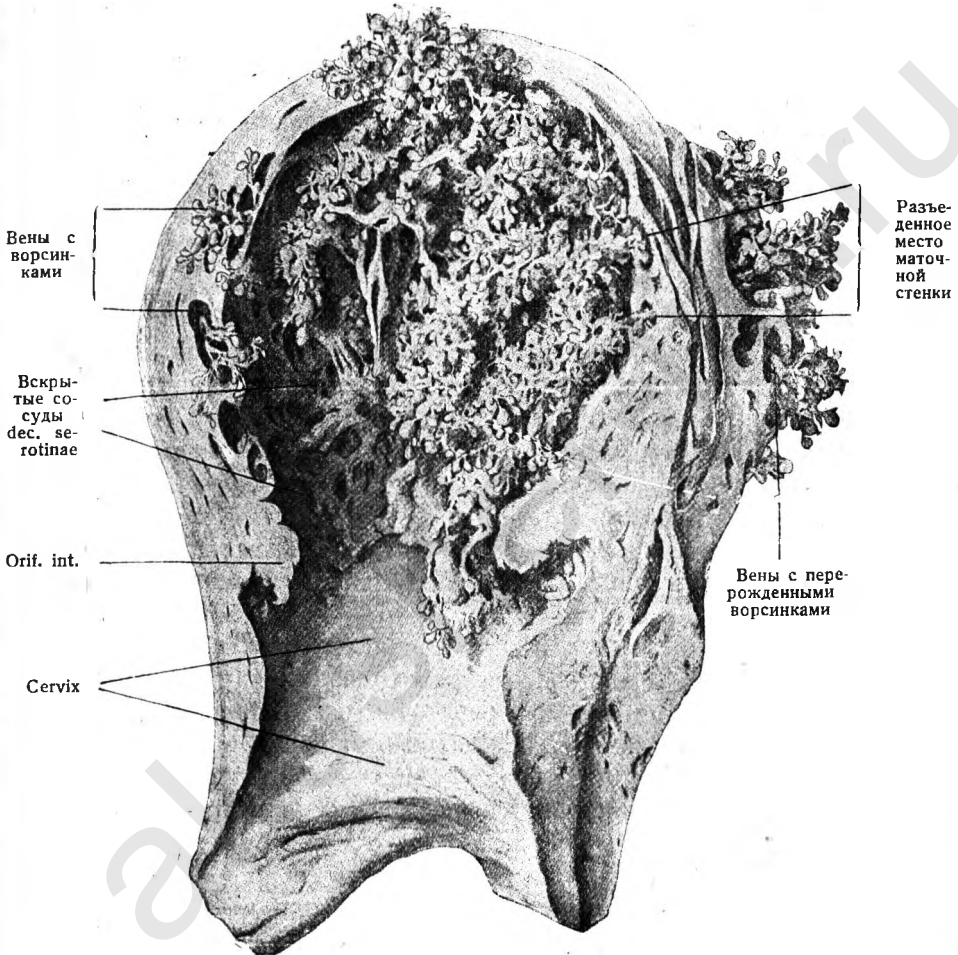


Рис. 8. Матка с разъедающим пузырным заносом. (Из Witt'a.)

Понятно, какую опасность представляет подобное явление, связанное с возможностью кровотечения в брюшную полость и проникновения туда из полости матки инфицирующих масс после рождения пузырного заноса силами природы или удаления его оперативным путем.

Теоретически такой пузырный занос обладает и большей способностью переходить в злокачественную форму, так называемую chorio-epithelioma. Само собою понятна также важность своевременного диагноза подобной формы при оперативном удалении пузырного заноса.

Decidua в раннем периоде обыкновенно утолщена с явлениями дегенерации и мелкоклеточной инфильтрации. В более поздних стадиях она утончается и от нее остаются лишь скудные остатки.

Следует отметить, что пузырный занос наблюдался также и при трубной беременности. Кроме того описан случай пузырного заноса и при яичниковой беременности.

ЭТИОЛОГИЯ.

Что касается причин, обуславливающих пузырный занос, то наши знания в этом отношении еще очень не достаточны. Его происхождение приписывалось целому ряду причин: lues'у, приемам patri salicylici, потогонным средствам. Нескер видел причину его в недоразвитии alantois'a. Наконец, связывали это заболевание с хлорозом, анемией, нефритом, но все это мало обосновано.

В настоящее время обращает на себя внимание яичниковая теория, выдвинутая проф. Marchand, и децидуальная, поддерживаемая опытами Aichel'я.

Marchand заметил, что у женщин, умерших в связи с пузырным заносом, очень часто встречаются кистовидно перерожденные яичники (см. рис. 9). Представлялось логичным сделать допущение, что и продукт такой ненормальной почвы может страдать сходным недостатком. Многие старались подтвердить такое заявление частью клиническими наблюдениями, частью вскрытием больных, и, действительно, почти в половине случаев наблюдалось описанное поражение яичников при mola hydatidosa, а также при хорио-эпителиоме, а именно: по Runge, при синцитиальных опухолях из 144 случаев в 63 никаких указаний на состояние яичников нет, 24 больные имели более или менее кистовидно перерожденные яичники, в 11 случаях при ощупывании никаких изменений в них не найдено. В 28 случаях при операциях или при секциях никаких кистовидных перерождений не обнаружено. Среди 28 случаев пузырного заноса в 16 данных о состоянии яичника не было, в 12 случаях яичники представляли кистовидное перерожде-

ние. Таким образом, если это сочетание и имеет причинную связь, то она объясняет лишь часть случаев; половина с этой точки зрения необъяснима.

Но самое важное, что до сих пор еще точно не установлено, — является ли поражение яичников первичным или вторичным. Исчезновение опухолей яичников с устранением пузырного заноса как-будто говорит в пользу их вторичного происхождения.

Более вероятна децидуальная теория. Еще Virchow принимал за причину пузырного заноса воспалительные со-

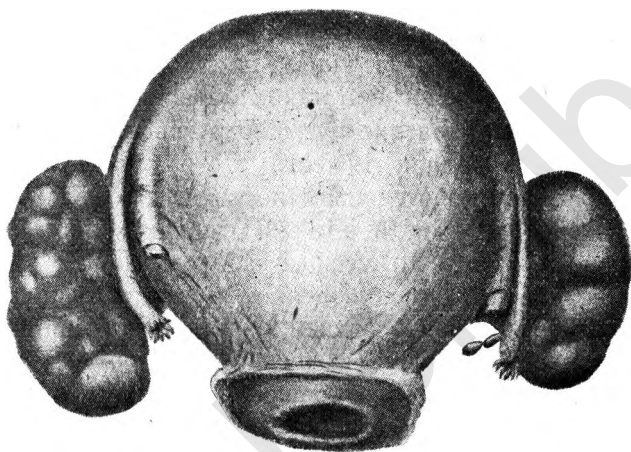


Рис. 9. Матка с придатками от женщины, беременной пузырным заносом, умершей от сепсиса через несколько часов после удаления инфицированного содержимого. (Из Winckel'я.)

стояния отпадающей оболочки, а вслед за ним и многие другие. На первый взгляд кажется, что этому противоречат случаи двоен, при которых иногда наблюдалось, что один плод живет и нормально развивается, а другое яйцо превращается в пузырный занос.

Мне также пришлось наблюдать подобный случай, который в виду его редкости я опишу здесь вкратце.

Беременная женщина, бледная, с подорванным питанием, поступила в Институт с незначительным кровотечением, продолжавшимся более недели. По анамнезу беременность была в начале 5-го месяца, но матка стояла на уровне пупка. Кровотечение было настолько ничтожным, что вели случай выжидательно и вскоре было констатировано сердцебиение плода, вследствие чего предполагаемый диагноз пузырного заноса был оставлен. С небольшими остановками кровотечение продолжалось недели три, после чего появились схватки, и начали выходить пузыри. Было приступлено к уда-

лению яйца. Кроме пузырного заноса родился живой плод с последом и ободочками. Поправление.

Такое сочетание пузырного заноса с живым плодом с точки зрения децидуальной теории можно объяснить тем, что слизистая матки не всегда поражается на всем протяжении и что рядом с больными участками могут быть здоровые, где яйцо может нормально развиваться.

За децидуальную теорию, кроме наблюдающихся нередко воспалительных явлений, в *deciduae basalis et vera* (Veit, Schoegel), говорят также частые предыдущие менструальные расстройства.

Очень интересны опыты Aichel'я. Он накладывал сжимающие пинцеты на беременную матку собак, сдавливая плаценту, и из 13 у 7 мог констатировать впоследствии образование пузырного заноса. Очевидно, резкое нарушение кровообращения имело следствием такое образование.

Глубокое проникновение пузырного заноса в мускулатуру матки — одна из причин тяжести этого заболевания. Оно ведет к сильным кровотечениям после изгнания заноса, приводящим больную к смерти, а также к задержке частиц заноса, и предрасполагает к септическим заболеваниям.

Очень интересны наблюдения метастазов пузырного заноса даже при неразъедающей и незлокачественной форме. Pick описывает следующий случай. У 22-летней женщины на 4-м месяце беременности появилось кровотечение. Матка велика, мягка. На передней стенке влагалища близко от уретры находилась очень плотная багрово-красная полиповидная опухоль с лесной орех величиной. Опухоль удалена, а на другой день из матки начали выделяться пузыри. Удаление пузырного заноса в следующие дни. Влагалищная опухоль в центре состояла из типических ворсинок, частью пузыреобразных, с живой пролиферацией синцитиума. На поверхности опухоли некротизирующаяся слизистая оболочка. Наблюдение в течение 3½ лет показало полное здоровье данной женщины. На основании и других своих наблюдений Pick утверждает, что подобные метастазы могут быть и при доброкачественных пузырных заносах.

Как известно, занос синцитиальных масс при беременности не составляет особой редкости. Veit наблюдал даже занесение ворсинок хориона в особенности при трубной беременности с пузырным заносом. Seitz заявляет, что по большей части такие занесенные частички ворсин погибают, но иногда они могут привиться и разрастаться и даже превратиться в *chorio-epithelioma malignum*.

Должно отметить, что последнее образование почти в 50% наблюдается после бывшего пузырного заноса, в остальных 50% оно наблюдается после аборта и родов. При редкости заноса обращает на себя внимание столь частое развитие после него упомянутой опухоли. Некоторые авторы наблюдали будто бы такую частоту, которая дает основание рекомендовать в каждом случае пузырного заноса удаление матки. Так, La Tогге говорит, будто бы в 64% всех пузырных заносов образуется впоследствии chorio-epithelioma. Приблизительно то же говорит Solowij, но большинство этого не подтверждает. Так, Кенгер сообщал о 50 случаях пузырного заноса без единого случая chorio-epithelioma; из 12 случаев, проконтролированных Кёпиг'ом, также не было одного. Из 20—25 случаев пузырного заноса, которые я видел, я знаю только один, после которого наблюдалась chorio-epithelioma. К сожалению, не все остальные случаи были прослежены мною в продолжение достаточного времени.

Все попытки установить, какие случаи пузырного заноса ведут к развитию chorio-epithelioma, до сих пор не удалось. Как уже сказано выше, разъедающему пузырному заносу приписывают особую склонность к этому.

Старые женщины чаще заболевают пузырным заносом, но и у очень молодых он может наблюдаться. Molitor сообщает случай развития его даже у девятилетней. Много-рождающие заболевают им чаще перворождающих. Двадцать пять процентов женщин имели раньше неправильные менструации.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Три существенно важных явления наблюдаются при пузырном заносе: 1) быстрый рост матки, не соответствующий сроку беременности, что отсутствует лишь в редких случаях, 2) кровотечение, начинающееся обыкновенно уже со второго месяца, и 3) выхождение пузырей. Если развитие пузырного заноса переходит во вторую половину беременности, присоединяется четвертый признак — отсутствие сердцебиения и движения плода.

Что касается первого признака, то точное констатирование его возможно лишь при более или менее продолжительном наблюдении случая, при самом тщательном измерении матки как в продольном, так и, в особенности, в поперечном направлении. Как уже сказано выше, в некоторых случаях опи-

сывают его отсутствие. Мне таких случаев наблюдать не удалось. Диагноз при этом становится особенно трудным. Кровоотделения при пузырном заносе также мало характерны. Изредка они походят на менструальные, а иногда так обильны, что приводят больную к смерти. Случаи, которые мне пришлось видеть, давали относительно небольшие кровотечения до некоторой степени грязноватые, тянувшиеся с перерывами неделями. Некоторые наблюдали их месяцами, пока не выходил занос.

Третий признак обыкновенно наблюдается перед рождением заноса или даже в момент искусственного его удаления.

Четвертый признак для большинства случаев не имеет значения, так как обыкновенно приходится прибегать к удалению яйца ранее срока, когда жизнь плода делается доступной определению. Но если матка стоит возле пупка или даже выше, отсутствие сердцебиения и движения плода дает некоторое основание в пользу диагноза пузырного заноса.

Обращают внимание на особые свойства стенок матки при пузырном заносе. Заявляют, что плотность их бывает неравномерной, местами она представляет уплотнения, местами бывает мягче.

В связи с указанными признаками протекает клиническая картина болезни. Быстрое растяжение и увеличение матки отражается на общем состоянии женщины, частью благодаря нервным влияниям, частью благодаря большому внедрению элементов яйца в материнскую почву. За последнее говорят как анатомические данные, в особенности разрушающий пузырный занос и частое появление chorio-epithelioma и метастазов, так и развитие при нем токсемических явлений и даже эклампсии, ряд случаев которой описан в литературе. Как известно, эта болезнь очень редко наблюдается в ранние периоды беременности, и появление ее при пузырном заносе дает основание предполагать в нем благоприятствующий момент.

Естественно, что такая беременность будет сопровождаться тяжелыми явлениями: усиленная нервность, повышение чувствительности и раздражительности матки, тошнота, рвота, иногда чрезмерная, потеря аппетита, запоры, сердцебиения, головные боли будут интенсивнее выражены, чем обычно. Иногда наблюдаются поражения почек. К вышеизложенному присоединяются явления, в связи с кровотечениями и белями еще более подрывающие здоровье женщины. А так как многие из них уже и раньше страдали неправильными месячными

или белями, то такая пациентка будет представляться бледной, похудевшей, более или менее истощенной и угнетенной.¹ От времени до времени появляющиеся боли, значительные кровопотери больше и больше подрывают силы больной, пока не наступят родовые боли.

Извержение яйца, по крайней мере в тех случаях, которые мне пришлось наблюдать, совершается резко замедленным темпом, да это и понятно — матка растянута, матка больна, а соединение яйца с маткой довольно прочно. Эти же моменты способствуют и большему кровотечению и большей частоте неполного удаления яйца.

Должно заметить, что Керер дает очень оптимистическое описание течения пузырного заноса, который будто бы родился самопроизвольно в $\frac{2}{3}$ всех случаев из 50 в течение 6 часов и в течение 24 часов в 90%; но его материал едва ли можно признать точным, так как он передает то, что сообщено ему акушерками.

Для примера привожу вкратце историю болезни у одной больной с пузырным заносом (из H a m m e r s c h l a g'a). 24-летняя VI para. Первые 5 беременностей нормальны. Первые 3 месяца настоящей беременности протекали нормально, но затем появились кровотечения различной силы. При этом больная заметила, что живот резко увеличивался и ноги стали припухать. На 4-м месяце она явилась в клинику. Больная анемична, в моче — следы белка. Дно матки на 2 пальца выше пупка при 4-месячной аменоррее. Она тестовата, плод не определяется. Диагноз — пузырный занос. Прерывание беременности. Удалено 300 г пузырей.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Пузырный занос приходится отличать от следующих форм: 1) от выкидыша с кровоизлиянием в полость матки, связанным с ее растяжением, 2) от чрезмерного накопления околоплодной жидкости, 3) от беременности двойнями, 4) от более поздней беременности, чем указывает больная, 5) от беременности в матке, осложненной фибромиомой.

Ad 1. Первая форма наиболее частая; поставить диагноз редко удастся при первом исследовании, если, конечно, не выйдут пузыри. Картина может быть совершенно тождественной, и только более или менее длительное наблюдение дает возможность установить диагноз. Выкидыш с значительным кровоизлиянием в полость матки обыкновенно не живет

¹ Керер в 30% всех своих случаев отмечает отеки ног, реже половых органов и живота, боли в низу живота, замирание сердца.

и не развивается. Матка не увеличивается. Напротив, при пузырном заносе матка увеличивается быстрее нормы. Для более точной установки роста матки, можно делать отметки на листе бумаги, нанося соотношения лона, пупка, дна и боков матки. Само собою понятно, каждый раз перед отметкой следует опорожнить мочевой пузырь и по возможности делать это при одинаковых условиях состояния кишечника и желудка.

Ad 2. Легче отличается эта форма от *hydramnion'a*; последний в ранние месяцы почти не наблюдается, а в более поздние представляет характерную флюктуацию и — так как дело идет о второй половине беременности — определяется обыкновенно и жизнь плода. Правда, мы обыкновенно не в состоянии констатировать его сердцебиение, но мать чувствует его движения и сообщает об этом врачу. Следует попытаться выслушать сердцебиение плода фонэндоскопом при положении женщины *à la vache*, когда он приближается к передней стенке матки. При гидрамнионе обыкновенно не наблюдается характерных для заноса кровотечений.

Ad 3. Также обыкновенно нетрудно отличить занос от беременности двойнями. Матка при этом не развивается так быстро, как при заносе, не дает таких кровотечений, а спустя $4\frac{1}{2}$ месяца получается возможность слышать сердцебиение плода, а позднее и ощупывание его частей.

Ad 4. Нужно иметь в виду ошибочные данные о сроке беременности, может быть даже сознательно представленные больной. В самом деле, предположим, что при первом исследовании мы находим матку пальца на 3 ниже пупка, а между тем больная заявляет об отсутствии месячных только в течение двух месяцев. Нужно иметь в виду возможность зачатия двумя-тремя месяцами раньше, причем два раза могут наблюдаться кровотечения в виде месячных во время беременности. В таком случае мы будем иметь дело с нормальной беременностью и через короткое время будем слышать сердцебиение ребенка и его движения. Возможно и то, что больная по каким-либо мотивам сообщила неточные данные, в таком случае наблюдения в течение двух-трех недель дадут возможность решить вопрос. Отсутствие кровотечения, как и других вышеописанных явлений, характерных для пузырного заноса, дают основания к постановке вероятного диагноза.

Ad 5. Миома беременной матки характеризуется неравномерной плотностью, наличием нередко нескольких узлов,

а иногда и предшествующим диагнозом. Само собою понятно, что эти вопросы чаще всего ставятся лишь тогда, когда указанные формы (hydramnion, двойни и проч.) осложняются почему-либо кровотечениями или если пузырный занос не дает кровотечения до трех месяцев и позднее (что наблюдается редко). Упорство кровотечений—одно из характерных явлений разбираемой формы, и продолжительность его в течение недель при несоответственно большой матке дает солидное основание для диагноза пузырного заноса. Еще труднее диагноз при заносе в матке, не резко увеличивающейся, что наблюдается, правда, очень редко. Тогда единственным признаком является выходжение пузырей, а со второй половины беременности отсутствие признаков жизни плода.

ПРОГНОЗ.

Как уже сказано выше, предсказание довольно серьезно: прогноз тем хуже, чем дольше занос остается в матке, чем больше он узурирует ее стенки и дает метастазы. Как уже отмечено, в исключительных случаях наблюдается смерть от кровотечения. Чаще наблюдаются септические процессы как на почве длительных кровотечений, с задержанием крови и фибринозных свертков и с разложением их, так и от применения влагалищных манипуляций. К тому же ведет задержка частей яйца, почти постоянная необходимость внутриматочных пособий, ведущих к развитию эндометритов, параметритов, периметритов и проч. Нередко больные такого рода страдают кровотечениями, частью на почве частичного задержания заноса, частью вследствие изменения структуры матки. Так, я наблюдал случай, где, несмотря на тщательную и полную очистку матки, все же через несколько недель наблюдалось кровотечение, вынудившее применение нового выскабливания, которое почти ничего не дало. Кровотечение повторилось еще раз и более не возвращалось. Состояние половой сферы было нормально.

Нередки случаи тромбоза, а иногда и пиэмических явлений.

Опасность повышается в большей мере при разъедающем пузырном заносе, где все указанные осложнения делаются еще более возможными. К ним присоединяются угроза прорыва и разрыва матки и попадания в брюшную полость ее содержимого. Подобное состояние может потребовать немедленного удаления матки. К сожалению, этим не исчерпываются

опасности этого заболевания. В 5—8% за пузырным заносом следует chorio-epithelioma, появление которой мы предсказать не можем. Зная это, каждую больную с пузырным заносом мы заставляем являться каждый месяц для осмотра и исследования в течение по крайней мере 6 месяцев, а лучше одного года, чтобы при появлении опухоли предпринять соответствующую операцию.

ПРОФИЛАКТИКА.

Признавая одной из наиболее вероятных причин пузырного заноса заболевание слизистой оболочки матки, естественно мы должны заботиться об устранении этого состояния у замужних женщин.

ЛЕЧЕНИЕ.

Мы не имеем никаких средств, чтобы прервать пузырчатое перерождение chorion'a, и поэтому вопрос идет лишь о том, что мы должны делать при этой развитой форме. Едва ли нужно говорить, что при частичном перерождении, когда питание плода совершается в достаточной мере, мы должны выжидать; правда, мы как правило не будем о нем знать.

В тех случаях, когда мы имеем дело с настоящим заносом, т.-е. когда плод погибает, наш образ действий вполне определен: большое яйцо должно быть удалено наиболее бережно для матери. В общем можно сказать, что здесь лечение совпадает с тем, что мы делаем при неудержимом выкидыше: как там, так и здесь мы применяем все средства, способствующие удалению яйца.

В одном имеется существенная разница. Мы знаем, что стенка матки иногда разрушается заносом. Это всегда должно быть установлено, так как при полном разрушении стенки матки последняя должна быть удалена во избежание могущего быть перитонита, а с другой стороны, при частичном разрушении стенок матки наши манипуляции должны быть соответственно бережными в определенных отделах, да и прогноз, как указано выше, будет различным смотря по проникновению пузырей в стенку матки. Необходимый диагноз может быть установлен только пальцевым исследованием полости матки, почему и следует требовать при каждом уда-

лении пузырного заноса *производить эту операцию под контролем пальца*. Последнее необходимо здесь и ради точного выяснения, что действительно все массы заноса удалены.

Не будем останавливаться здесь на мероприятиях, способствующих удалению яйца — они рассмотрены в главе о выкидыше. Ограничимся лишь общим планом действий при заносе.

Если пузырный занос уже выходит, но медленно, покажутся все меры для усиления маточных сокращений. Если он совершился, следует войти полурукой во влагалище при небольшой матке величиною до 3¹/₂ месяцев беременности и обследовать матку одним пальцем, лучше средним как более длинным; если же матка велика при более поздней беременности, то следует ввести во влагалище всю кисть и обследовать матку двумя пальцами.

Само собою понятно, что наружная рука, низводя матку и как бы надевая ее на пальцы, много способствует точному обследованию. Установивши целость маточных стенок, удаляют возможные остатки заноса пальцем и в большинстве случаев для удаления ничтожных остатков заноса производят осторожное выскабливание широкой ложкой, бережно относясь к наиболее истонченным участкам.

При закрытой или мало открытой шейке необходимо предварительно ее раскрыть для проведения одного или двух пальцев. Податливая шейка при пузырном заносе, подготовленная слабыми маточными сокращениями, легко уступает хегаровским расширителям до № 18 — 20, достаточным для введения пальца. В случае необходимости может потребоваться введение метрейринтера или в случае его отсутствия тампона с последующим расширением хегарами (расширение в два приема). При такой неподатливой шейке можно предварительно применить горячие спринцевания (37 — 38°R) раза 3 — 4 в сутки сулемою (1 : 3000 — 4000), люголевским раствором, марганцевокислым кали и т. д. (см. главу о выкидыше). Следует также дать хинин по 0,5 два приема в сутки. В дальнейшем — указанный выше образ действий. Само собою понятно, мы считаемся с количеством теряемой крови. Чем больше кровопотеря, тем быстрее должно совершиться опорожнение матки. К влагалищному кесарскому сечению при пузырном заносе, полагаю, следует относиться сдержанно. Невольно возникает мысль, не могут ли пузыри заноса, попавшие в клетчатку и зашитые там, прирасти и повести к образованию опухоли и, мо-

жет быть, chorio-epitheliom'ы, поэтому операция эта при пузырном заносе может быть допустима лишь в исключительных случаях, где жизнеопасное кровотечение вынуждает нас спешно опорожнить матку, а расширение шейки хегарами является почему-либо невыполнимым.

После производства выскабливания при данной форме тампонация матки часто представляется очень желательной, в особенности там, где по каким-либо причинам врач сомневается в полном опорожнении ее.

Тампон будет способствовать уменьшению потери крови, которая возможна здесь в большей мере, чем при обыкновенном выкидыше; вызывая маточные сокращения, он будет благоприятствовать отделению остатков яйца и создавать лучшие условия для выделения их наружу, да и сам он при удалении вынесет некоторые частички последних. Там, где матка хорошо сократилась и полость матки совершенно чиста, его можно не применять.

Так как chorio-epithelioma особенно часто развивается у женщин 45 лет и больше, некоторые авторы, после пузырного заноса, считают нужным удалять матку. Материала еще не достаточно для окончательного заключения, но на основании имеющегося мне кажется, что они правы.

Послеродовой период нередко протекает с явлениями недостаточного обратного развития матки, почему препараты спорыньи находят здесь широкое применение. В более поздние сроки горячие спринцевания также нередко показаны.

Как уже было отмечено, иногда после заноса наблюдаются поздние кровотечения. Если бы они принудили к выскабливанию, полученные массы обязательно должны быть подвергнуты микроскопическому исследованию в виду возможного развития chorio-epitheliom'ы.

О необходимости показываться врачу в течение 6—12 месяцев было уже сказано раньше.

Что касается кист яичников, часто наблюдающихся при заносе, то большинство авторов констатировали их обратное развитие после удаления заноса и только немногие отмечали даже их дальнейший рост. Это определяет наш образ действий. Мы должны выжидать, и только в случае их увеличения показано их удаление.

Б. ХОРИО-ЭПИТЕЛИОМА.

Одним из тяжелейших осложнений беременности, родов и послеродового состояния несомненно является хорио-эпителиома (chorio-epithelioma). Как правило она ведет женщин, пораженных ею, к смерти, если во-время не будет подано соответственное пособие. Она представляет большой интерес своеобразием своего течения, неясностью своей этиологии и немалой трудностью установки ее истинной природы. Достаточно сказать, что со времени первого определенного указания на эту форму, сделанного в 1888 году Sanger'ом, ошибочно признавшим ее как deciduoma malignum, накопились уже сотни наблюдений, причем отдельные исследователи дали ей не менее 23 названий.

Особый интерес она представляет тем, что, будучи в общем одним из самых злокачественных образований, убивающим больную в значительно более короткий срок, чем рак, в то же время в некоторых случаях она дает полное выздоровление даже при метастазах в отдаленные органы.

К счастью, она встречается не так часто: за истекшие 38 лет число описанных случаев около 600, Vineberg до 1917 года собрал в литературе 533 случая, и несколько десятков опубликовано после того.

АНАТОМИЯ.

Chorio-epithelioma, конечно, наблюдалась давно и описывалась под различными названиями, относили ее то к ракам, то к саркомам. Первый выделивший ее как самостоятельную форму был Sanger. Он считал, что она происходит из элементов отпадающей оболочки.

Последующие ученые — Marchand, Улезко-Строганова установили, — что это образование происходит из элементов покрова ворсин, и этот взгляд в настоящее время представляется общепринятым. Происходя из развивающегося яйца, новообразование это естественно прежде всего поражает материнское место, а это будет как правило матка, значительно реже труба и яичник (один случай). Однако в редких случаях опухоль развивается вне матки, в то время как последняя остается свободной от поражения (21 случай по Бурдзинскому). Для таких случаев мы должны допустить,

что занесенные элементы приобрели злокачественный характер уже после приживания на месте заноса. Такое допущение не представляется невозможным.

В патогенезе всех болезней, связанных с развитием живого начала, мы всегда должны иметь в виду, что здесь происходит борьба за существование двух организмов, и побеждает тот, который в данный момент оказывается более жизнеспособным.

Еще в 1893 году по отношению к инфекционным болезням я установил формулу, хорошо характеризующую эти отношения, которая вполне применима и к данному случаю.

Здоровье равно силам самозащиты организма, деленным на силу микробов. $Z = \frac{c}{m}$. В данном случае вместо микробов имеются живые элементы хориона. Они, как известно, нередко отрываются от материнской почвы и заносятся кровяным током в различные участки организма женщины. И там, где они встречают меньшее противодействие, меньшую силу самозащиты, они могут привиться и развиваться дальше. Следует допустить, что не только общие защитительные силы организма играют в этом роль, но также и местные свойства и состояния отдельных участков.

Из 232 случаев, собранных Бурдзинским, было отмечено, что в 21 случае опухоль развилась вне матки, в 93 случаях была поражена матка, и поражение ее стенок по частоте совпадало с принятой по Шредеру частотой прикрепления последа.

Из 107 случаев, со вскрытием, лишь в 11 не было метастазов. Последние наблюдались 88 раз в легком, 49 — во влажной слизистой, 26 — в печени, 25 — в почках, 23 — в мозгу, 22 — в кишках, 20 — в селезенке, 15 — в лимфатических железах, 13 — в яичниках, 7 — в костном мозгу и костях, по 4 — в надпочечниках, диафрагме и сердце, по 3 — в желудке и коже, по 2 — в поджелудочной железе и средостении и по 1 разу в клиторе и ягодичной области.

Попадание метастазов в большой круг объясняется или наличием незакрытого foramen ovale, или же прорастанием опухоли в легочные вены.

Что касается микроскопической картины хорио-эпителиомы, то Maghaid, наиболее компетентный исследователь в этой области, различает типическую и атипическую форму пузырного заноса.

В первой синцитиум и клетки Langhans'ова слоя по виду и расположению напоминают таковые в раннем периоде беременности, а во второй эпителий встречается лишь в виде изолированных клеток.

Marchand установил, что опухоль состоит из элементов покрова ворсин, т. е. из синцитиума и клеток Langhans'ова слоя. В противоположность мнению некоторых исследователей, участие соединительной ткани он считал недоказанным, и действительно: при взгляде на микроскопическую картину (см. рис. 10) мы видим характерные особенности синцитиума, как он выглядит в первые месяцы беременности — протоплазматические массы, — то однородные, то слабо зернистые — с вакуолями и с большим количеством ядер различной величины, далее группы небольших клеток с резко очерченными границами, различной формы с центрально расположенным ядром. Нередко в них встречаются картины митоза, и тогда клетка принимает пузырчатую форму.

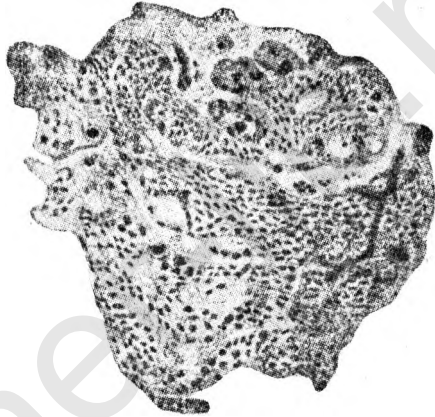


Рис. 10. Хорио-эпителиома. (Из Улезко-Строгановой.)

Картина эта напоминает строение ворсины (см. рис. 11 и 12), в особенности как она представляется в пузырном заносе. Кроме этих двух родов элементов, имеются еще очень крупные клетки с такими же ядрами, расположенные одиночно или небольшими группами. Они представляют не что иное, как отделившиеся куски синцитиума.

К этим элементам присоединяется фибрин и кровь, являющиеся результатом разрыва сосудов. Нередко в центре опухоли встречаются некротические массы, окруженные по периферии существенными элементами опухоли.

Орган, пораженный опухолью в ближайшей к ней окружности, более или менее пронизан отдельными элементами опухоли и, кроме того, имеет воспалительный инфильтрат как результат раздражения.

Я не буду приводить здесь иных мнений о гистогенезе хорио-эпителиомы, так как они отвергаются большинством

наиболее компетентных ученых; укажу только, что сходные новообразования могут развиваться и у мужчин, гистогенетически связанные с тератомами яичка. Предполагают, что они развиваются из рудиментарных остатков, задержавшихся в этом органе и под влиянием какой-либо причины подвергшихся дальнейшему развитию.

ЭТИОЛОГИЯ.

Общее представление о происхождении хорио-эпителиомы становится понятным благодаря знакомству со свойствами

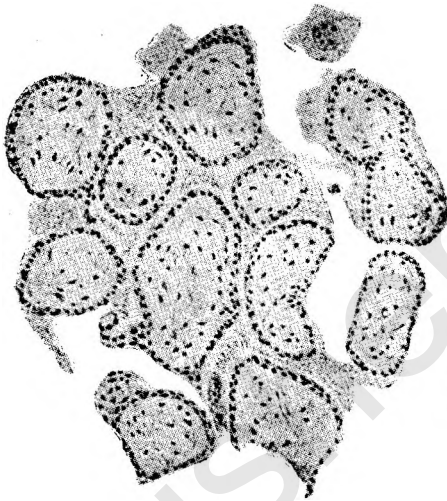


Рис. 11. Ворсинки хориона, мал. увел. (Из Улезко-Строгановой.)

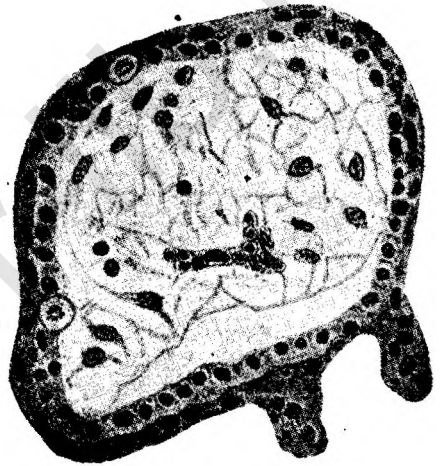


Рис. 12. Ворсинки хориона, бол. увел. (Из Улезко-Строгановой.)

элементов ворсин. Мы знаем, что они способны проникать не только в слизистую оболочку матки, но и пронизывать стенку сосудов, а иногда инфильтрировать и мышечную ткань. Последние исследования говорят, что способность яйца внедряться в слизистую различна в разные сроки его развития, а с другой стороны, надо признать и различную степень сопротивляемости материнского организма против этой проникающей силы ворсинок. Материнский организм только до известного предела допускает это проникновение, защищаясь слоем децидуальных клеток и некротическим слоем Nitabuch'a (Canalisirtes fibrin). Однако в целом ряде случаев, особенно при *placentae praeviae* и пузырном заносе, ворсины

часто проникают в мышечный слой, следовательно, побеждают это сопротивление. Зависит ли это от особой силы ворсинок, или от слабости защитительных сил организма, вопрос этот для нас пока остается невыясненным.

Хорио-эпителиома есть лишь усиленное проявление обычных свойств ворсинок, причем элементы ее обнаруживают особую силу к дальнейшему развитию.

Из этиологических моментов, предрасполагающих к хорио-эпителиоме, на первом месте стоит более пожилой возраст, хотя многие это отвергают. Мы наблюдаем здесь то же, что имеем при раке и что, очевидно, связано с понижением сил самозащиты организма. Вот фактические данные по Бурдинскому: Из 263 случаев хорио-эпителиомы:

103	случая	наблюдались	в	возрасте	от	21 — 30	л.
74	"	"	"	"	"	31 — 40	"
54	"	"	"	"	"	41 — 50	"
11	"	"	"	"	"	51 — 55	"

На первый взгляд кажется, что наиболее цветущий возраст особенно предрасполагает к этому заболеванию. На самом деле по отношению ко всем родам и зачатиям отношение получается совершенно иное.

Так, число всех родов и выкидышей в Госуд. акушерск.-гинекологич. институте в круглых числах было:

65,8%	в	возрасте	21 — 30	л.
20,2%	"	"	31 — 40	"
1,47%	"	"	41 г. и более.	

Таким образом, принимая за стандарт отношение хорио-эпителиом к родам, мы должны бы иметь в возрасте 31 — 40 л. при равном предрасположении в три слишком раза меньше, чем среди стандартной группы, т. е. около 30 случаев, между тем как их было в 2½ раза больше (74); по отношению к следующей группе хорио-эпителиом должно бы быть в 40 раз меньше (65,8 : 1,47), между тем как их меньше только на половину. Очевидно, мнение о большем предрасположении молодого возраста к изучаемой опухоли — ошибочно.

Прибавлю, что указанная частота родов по возрастам в существенном совпадает и с данными Михайлова.

Едва ли может быть сомнение, что здесь играет роль понижение сопротивляемости организма в преклонном возрасте, в то время как жизненная способность, являющаяся основой активной деятельности, в этом возрасте еще остается довольно высокой.

Также благоприятствует развитию опухоли и большее число предшествующих родов. Так, по Бурдзинскому хорио-эпителиома наблюдалась:

У первородящих	25 раз, или 11,7%
„ II до IV беременн.	92 44 „
„ V „ IX	64 30 „
„ X „ XVII	30 14,3 „

Между тем как женщины по числу беременностей распределялись так:

Первобеременных	29,8%
II до IV беременн.	49,1 „
V „ IX	19,5 „
X „ XVII	2,6 „

Принимая за стандарт первую беременность, при II—IV беременностях chorio-epithelioma должна была бы наблюдаться в круглых числах в $1\frac{1}{2}$ раза чаще, т. е. около 40 случаев, между тем как она наблюдалась 92 раза. При V—IX беременностях она должна была бы наблюдаться в $1\frac{1}{2}$ раза меньше (29,8:19,5), между тем как она была в $2\frac{1}{2}$ раза чаще (25:64). При X—XVII беременностях вместо $2\frac{1}{2}$ наблюдалась 30 раз. Очевидно, большое число беременностей предрасполагает к этой опухоли. Должно прибавить, что это заключение не вполне точно, так как мы не учитываем здесь влияния возраста, который, как мы видели выше, резко предрасполагает к хорио-эпителиоме, а с числом родов в общей массе повышается и возраст женщины.

Поражение яичников кистовидным перерождением встречается также при хорио-эпителиоме.

Определенных данных в пользу других благоприятствующих моментов, как-то lues, анемия, послеродовые заболевания, а также и другие заболевания матки, равно как принадлежность к той или другой национальности, социальные условия, наследственность, до сих пор не установлено.

В высокой степени интересны исследования Frankl'я о свойствах сыворотки растворять элементы ворсин.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА и ТЕЧЕНИЕ.

Что касается клинической картины этого новообразования, то приходится отметить, что оно чаще всего проявляется в первый месяц после изгнания яйца (в большей половине

случаев), реже во втором (около десятой части случаев), еще реже во время беременности и в последующие месяцы. В исключительных случаях оно было замечено впервые через 1—9 лет. Но в последних случаях по праву возникает сомнение, не предшествовала ли им нераспознанная беременность с ранним выкидышем. Таким образом около 70% хорио-эпителиом дают первые симптомы заболевания в первые два месяца после окончания беременности, 87% в течение первого года и по 6¹/₂% падают на беременность и на последующие годы.

В немногих случаях заболевание проявлялось в климактерическом периоде, 8—13 месяцев спустя после прекращения регул.

Заболевание матки проявляется при нем главным образом кровотечением, которое иногда бывает очень сильно и даже смертельно. Оно появляется обыкновенно тогда, когда опухоль проедает поверхностные участки ткани. Затем выделения делаются более или менее серозно-кровянистыми, а в дальнейшем течении бурыми, грязными, а с появлением некроза и гнилостного распада—пахучими и зловонными. Нередко выходят обрывки тканей и распадающийся фибрин.

Боли проявляются обыкновенно в слабой степени. Во время беременности они сильнее. Только в случае прижатия отдельных крупных нервных стволов растущим новообразованием болезненность делается значительной.

Не всегда опухоль растет и открывается в направлении к половому каналу. Иногда поражение ближе к серозному покрову матки и тогда вскрытие происходит в брюшную полость, которое может сопровождаться сильным кровотечением, иногда даже смертельным. Картина может быть чрезвычайно сходна с разрывом беременной трубы. При более слабых кровотечениях развиваются явления местного перитонита. Понятно, что в таких случаях наружное кровотечение может отсутствовать.

Подобное наружное кровотечение, наблюдаемое в первые месяцы после родов, заставляет предполагать задержание частей последа, и обычно приэтом производится выскабливание. При хорио-эпителиоме обыкновенно кровоотделения вскоре снова появляются, что служит довольно веским доказательством наличия хорио-эпителиомы, в особенности там, где выскабливание было произведено тщательно. Само собою понятно, что решающее слово принадлежит микроскопиче-

скому исследованию, о котором более подробно будет сказано в отделе распознавания. Здесь приходится только подчеркнуть важность микроскопического исследования при поздних послеродовых кровотечениях.

Увеличение матки при этой опухоли не всегда бывает резко заметно, как и образование отдельных бугров.

В тех случаях, когда опухоль развивается во влагалище и вдается в его просвет, она представляет довольно типичную картину.

Интересно, что в некоторых случаях даже при клинических явлениях метастаза в легком наблюдалось выздоровление (случай Ф р а т к и н а).

Приходится отметить быстрое течение болезни при неблагоприятном ее ходе. В среднем смерть наступает через 8 месяцев после первых признаков заболевания. Наиболее злокачественно протекали случаи, развившиеся после нормальных родов, несколько дольше после выкидыша и наиболее продолжительно после пузырного заноса.

Самое продолжительное течение наблюдалось 2 года 8 месяцев. Из этого видно, что заболевание это протекает более быстро, чем поражение раком.

Должно отметить, что опухоли редко достигают большой величины, так как они скоро подвергаются кровоизлияниям и некрозу.

РАСПОЗНАВАНИЕ.

Смотря по месту развития опухоли, клиническая картина, а следовательно и распознавание представляют большое различие. Чаще всего мы имеем дело с поражением матки, причем новообразование может быть то ближе к слизистой, то к брюшине. В первом случае матка представляет большое сходство с плацентарным полипом, т. е. отвечает явлениям недостаточного обратного развития матки, вследствие находящегося тела в ее полости, иногда при относительно широко открытой шейке, с кровотечениями и неправильными выделениями. При небольших болях и скоро появляющейся анемии. Промежуток между кровотечением и прекращением беременности при хорио-эпителиоме более чистый. Только микроскопическое исследование может решить вопрос о хорио-эпителиоме. Без него новообразование характеризуется упорным кровоотделением, которое повторяется, несмотря на обычное лечение, выкидыши и выскабливания.

Кроме того, при прогрессирующей форме будет наблюдаться и увеличение матки.

Вторая форма, когда опухоль располагается ближе к брюшине, дает о себе знать обыкновенно впервые при прорыве опухоли в брюшную полость. Появляются признаки внутреннего кровотечения с явлениями раздражения брюшины. Так как узлы опухоли обыкновенно невелики, ощупывание их удастся с трудом. Клиническая картина сходна с разрывом внематочной беременности, в особенности если больная не менструировала благодаря кормлению.

Трубная беременность исключается отсутствием увеличения трубы, определяемого тщательным исследованием под хлороформом.

Еще труднее отличие от яичниковой внематочной беременности. Увеличение этого органа дает основание к возможному диагнозу.

Помогает установке диагноза развивающаяся одновременно во влагалище хорио-эпителиома с вышеописанными характерными явлениями.

Метастазы в легком характеризуются кровохарканием, почти без повышения температуры и без палочек тбс.

Поверхностные опухоли во влагалище характерны своим застойным синевато-красным цветом, безболезненностью и большой склонностью к распаду, сопровождающемуся значительным кровотечением. Характерно появление этого заболевания чаще всего в течение второго, реже третьего месяца после прекращения беременности.

Опухоли, развивающиеся в других органах тела, дают те же признаки, как и другие новообразования в них; сочетания их с поражением полового канала хорио-эпителиомой дает основание к предположительному диагнозу.

ПРЕДСКАЗАНИЕ.

До сих пор принимают, хотя и под сомнением, что в некоторых случаях хорио-эпителиома исчезает самопроизвольно, но при каких условиях и почему это происходит, мы не знаем. С другой стороны, установлено, что эта опухоль как правило очень быстро убивает больную, давая довольно тяжелое течение.

Наконец, описан ряд случаев, где неполное оперативное удаление опухоли сопровождалось исцелением. Этими поло-

жениями пока намечается наш образ действий, а в связи с этим до некоторой степени и предсказания. Как правило, последнее — в высшей степени тяжелое. И там, где определена хорио-эпителиома, показывается немедленное полное ее удаление. Даже там, где имеется намечающийся неоперируемый метастаз при главном фокусе, удаление которого не связано с чрезмерным риском для больной, показывается удаление последнего.

Даже при полном удалении опухоли требуется тщательное наблюдение за больной в течение нескольких месяцев для своевременных мероприятий при возможных рецидивах.

ПРОФИЛАКТИКА.

Так как к хорио-эпителиоме особенно предрасполагает пузырный занос, рекомендуются все профилактические мероприятия против заноса. Далее, необходимо самое тщательное наблюдение за больными, имевшими занос, в течение по крайней мере 6 месяцев, а лучше года.

При удалении пузырного заноса необходимо самое тщательное исследование матки, состояние ее стенок, а также очищение ее от частичек пузырного заноса, что возможно только при ощупывании полости матки пальцами, и потому такое обследование должно считаться обязательным.

В тех случаях, когда разъедающее действие заноса достаточно выражено, должно поставить вопрос об удалении матки. Последнее особенно можно рекомендовать старым, многождавшим и многодетным женщинам.

При послеродовых кровотечениях, в особенности повторных, необходимо микроскопическое исследование выскобленных масс для раннего диагноза хорио-эпителиомы, — тем более после пузырного заноса.

Поскольку имеются веские основания признавать, что повышение сил самозащиты будет препятствовать появлению опухоли, укрепляющее лечение и режим должны быть рекомендованы женщинам после истощающих родов, выкидышей и в особенности после пузырного заноса. Железо и, в особенности, мышьяк должны быть поставлены на первое место.

ЛЕЧЕНИЕ.

Как уже сказано, всякий операбильный случай этой опухоли должен подвергаться радикальной операции. При малом распространении процесса и недолгом существовании опу-

холи влагалищный путь предпочтительнее. При сомнениях в чистоте придатков в смысле распространения опухоли, брюшное сечение должно считаться более выгодным. То же можно сказать при заболевании влагалища.

Ряд авторов особенно рекомендует лечение мышьяком в послеоперационном периоде.

Даже в тех случаях, где процесс зашел далеко и не вполне можно надеяться на полное удаление опухоли, все же показуется оперативное пособие, так как сообщались случаи выздоровления даже при таких условиях. Конечно, к этому невольно относишься с некоторым сомнением, и на операцию в таких случаях можно решиться лишь тогда, когда она не связана с большим риском для жизни больной. В настоящее время с полным правом может быть поставлен вопрос: не были ли связаны случаи выздоровления после неполного удаления опухоли с тем, что оставшаяся часть представляла лишь воспалительный инфильтрат, обычно наблюдающийся в большей или меньшей степени в окружности хорио-эпителиомы. В последнее время некоторые видели существенную пользу от применения лучистой энергии.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

ЭКЛАМПСИЯ.

Одним из самых тяжелых осложнений беременности и родов является эклампсия. Только разрыв матки может соперничать с нею в этом отношении. На конгрессе британских акушеров в Ливерпуле в 1922 году проф. Лондонского университета Герберт Спенсер совершенно справедливо назвал ее „пугалом нашей профессии“ („bugbear of our profession“). И действительно, еще недавно мы часто были свидетелями гибели цветущих женщин в течение 12 — 24 часов, да и теперь еще большинство акушеров утверждает, что прогноз эклампсии всегда является сомнительным.

Быстрота ее течения, ужасный вид больных ею, загадочность ее возникновения и ее злокачественность всегда интересовали акушеров, почему масса работ посвящена этому вопросу — едва ли не больше, чем какому-либо другому в медицине. Десятки теорий были предложены для объяснения ее происхождения, но и до сих пор мы точно не знаем его, почему Zweifel и назвал ее „болезней теорий“.

Почти то же было до недавнего времени и с лечением ее. За последние 30 лет произошло существенное изменение благодаря введению профилактического метода, и в настоящее время мы достигли таких результатов, которые многим кажутся даже невероятными и дают возможность ставить почти абсолютно благоприятный прогноз в незапущенных случаях.

Описание этой болезни в настоящее время представляется желательным и потому, что в последние годы вышел ряд капитальных работ по этому вопросу, с определенностью устанавливающий некоторые свойства этой загадочной болезни. Я имею в виду прежде всего работу Hinselmann'a в сотрудничестве с 12 видными работниками в этой области;¹ работу Thomas Watts Eden'a, председателя Лондон-

¹ Die Eclampsie. Bonn. 1924.

ского комитета по вопросу о лечении эклампсии;¹ работы Zweifel'я² и его ассистента проф. Lichtenstein'a³ и наконец работы Essen-Möller'a⁴ и Селицкого.⁵ К сожалению, две последние работы слишком субъективны, пренебрегают наиболее солидными сочинениями последнего времени и даже не упоминают о них.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ.

Уже самое определение эклампсии нельзя считать окончательно установленным. Whitridge Williams, проф. Johns Hopkins University в Балтиморе, определяет ее так: „эклампсия есть острая токсемия, встречающаяся у беременных, рожениц и родильниц, обыкновенно сопровождающаяся клоническими и тетаническими судорогами, с потерей сознания и с более или менее продолжительной комой, часто кончающаяся смертью“. В то же время он описывает предэкламптическую токсемию, соглашаясь с Thomas Watts Eden'ом, что она встречается в 85% всех эклампсий. Уже в 1912 г. на Берлинском конгрессе я говорил: „Допуская первичной причиной эклампсии появление в организме женщины каких-то токсинов, многие полагают, что токсины эти поступали в организм уже давно и он справлялся с ними — иногда, правда, несовершенно, — отвечая на них рвотой, сыпями, головными болями и пр. При такой точке зрения эклампсия есть лишь высшая ступень явлений, свойственных даже физиологическому течению беременности, и представляет результат или всасывания большого количества токсинов, или большей раздражительности женщины в данном периоде“.

Таким образом основною болезнью надо считать не эклампсию, а эклампсизм или предэкламптическую токсемию, которая в отдельных случаях переходит в эклампсию. Эта стадия эклампсизма характеризуется явлениями, перечисленными Williams'ом. Такое рассмотрение эклампсии правильно теоретически и выгодно практически, так как явления эклампсизма наблюдаются и между припадками и после них, и мы

¹ The Journal of Obstetr. and Gynaec. of the Brit. Empire, vol. 29, № 3. Autumn 1922 и Brit. Medical Journ. 14/x 1922. № 3224.

² Handbuch d. Geburtshülfe von Döderlein.

³ Zentralbl. f. Gynaek. 1922. S. 5. 1914. S. 197, 833. 1912. S. 593, 1419, 1571.

⁴ Biologie und Pathologie des Weibes. Halban u. Seitz. B. VII. T. 1.

⁵ Эклампсия в клиническом отношении. Москва. 1926 г.

будем обращать больше внимания на них и замечать приближение припадка. Совершенно справедливо Essen-Möller устанавливает такое определение эклампсии.

С этой точки зрения так называемая эклампсия без припадков должна быть отнесена к эклампсизму, сопровождающемуся коматозным состоянием больной без судорог.

О ложных эклампсиях мы будем говорить ниже.

Итак, эклампсия есть более тяжелая стадия эклампсизма или предэкламптической токсемии у беременных, рожениц и родильниц, характеризующаяся судорогами с потерей сознания, нередко оканчивающаяся смертью.

Значение этого заболевания в социальном, евгеническом и индивидуальном отношении очень велико. Несмотря на относительную редкость болезни, благодаря ее губительности, смертность от нее в связи с родами стоит на втором месте за сепсисом, как это устанавливает английская статистика.¹ В Америке в некоторых областях она поднимается даже на первое место.²

Unterberger,³ рассматривая смертность в связи с родами в великом герцогстве Мекленбург-Стрелицком за 1886—1909 гг., устанавливает, что там эклампсия по числу жертв в связи с родами стоит на третьем месте за сепсисом и тbc.

Важно отметить, что в последние 12 лет (1898—1909 гг.) смертность от сепсиса и тbc уменьшилась, между тем как от эклампсии она увеличилась, дойдя до 114 вместо 104 за предшествующее двенадцатилетие. В последние годы (1898—1909 гг.) эклампсия дала даже больше жертв, чем тbc, а именно 114 (экламп.) против 80 (тbc) и, таким образом, она встала на второе место за сепсисом.

Должен отметить, что эклампсия в культурных странах встречается, повидимому, чаще, чем в менее культурных, и в городах чаще, чем в деревнях, как об этом подробно будет сказано ниже. Так в Северо-американских соед. штатах от эклампсии умирает ежегодно пять тысяч матерей (De Lee),⁴ в Англии 1 на 1700 родов (вычислено по T. W. Eden'y, l. c.), в Германии 1 на 1948 (Unterberger) — 3000 родов (Ham-

¹ Maternal mortality by Janet M. Campbell, M. D., M. P. S. Ministry of health. London. 1924.

² M. C. Cord, а также Herbert Little (Monreal, Канада). Ref. Zentr. über d. gesamt. Gynaec. u. Geburts. u. deren Grenzgeb. 27/vi — 1925. S. 125.

³ Unterberger, Archiv f. Gynaec. B. 95, H. 1.

⁴ De Lee. The principles and practice of obstetrics, p. XV. 4 edit. 1925.

merschlag). К сожалению, у нас установить процент смертности не удастся. Hinselmann приводит данные в пользу того, что на земном шаре наблюдается ежегодно около 64 000 эклампсий. Считая смертность в 20%, получаем, что от нее умирает ежегодно около 13 000 женщин и вероятно в $1\frac{1}{2}$ —2 раза больше детей. Смертность в С.-а соед. шт., приводимая De Lee, заставляет думать, что в действительности потеря жизней еще бóльшая.

Не менее важно, что эклампсия поражает женщин в расцвете их жизненных сил, чаще всего при первых родах. Кроме того, многие наблюдатели отмечают заболевание особенно крепких женщин. К этому нужно прибавить, что эклампсия с многочисленными припадками на долго, если не на всю жизнь, оставляет следы как в психической, так и в соматической сферах. Таким образом, эклампсия представляется весьма тяжелым бичом рождающей женщины и имеет большое значение как в социальном, эвгеническом, так и в индивидуальном отношениях.

ЭТИОЛОГИЯ.

Перейдем к описанию того, что наиболее точно установлено относительно этой загадочной болезни.

I. Hinselmann дает наиболее полную статистику относительно ее частоты: на 2 688 304 родов в клиниках эклампсия наблюдалась 10 599 раз, то-есть один раз на 253 родов, или 0,39%. В русских родовспомогательных учреждениях, по отчету Михайлова, эклампсия наблюдалась значительно чаще, а именно на 190 215 родов 1 288 раз, то-есть 0,68% (1:147). Такое преобладание эклампсий в России не может ли быть объяснено тем, что Михайлов брал свои данные только из родовспомогательных заведений больших городов, между тем как Hinselmann имел данные и малых городов, где жизнь более приближается к деревенской.

Вне городов эклампсия наблюдается значительно реже, по Hinselmann'у на 758 163 родов 404 раза, то-есть $1:1816 = 0,053\%$. При общем подсчете городов и деревень эклампсия встречается в одном случае на 867 родов или 0,12% (на 1 597 532 родов 1842 эклампсии). В Англии эклампсия встречается значительно чаще. Принимая приблизительное число родов там в 1 000 000 в год и зная по Thomas Watts Eden'у, что в названной стране ежегодно наблюдается около 3 000 эклампсий, частота во всей стране будет

около 1:333, в то время как в родильных учреждениях, по тому же автору, она наблюдалась в одном случае на 125 родов.

II. Перворождающие поражаются ею значительно чаще, чем повторные. Так, по Hinselmann'у на 92 122 первородящих она наблюдалась 442 раза, то-есть один случай на 209 родов (0,5%), в то время как у повторнородящих один случай на 1621 родов (211 718 родов — 180 эклампсий), следовательно, у первородящих в восемь раз чаще; у Михайлова — в семь раз.

III. Чаще всего она наблюдается во время родов (53%), реже во время беременности (26%) и еще реже после родов (21%), если не считать тех, которые переходят в этот период при более раннем начале. Перворождающие и многорождающие дают значительные отклонения от указанной средней; так у первых (I para) эклампсия во время беременности наблюдалась в 21%, в родах — 54% и после родов — 25%, в то время как у вторых во время беременности 21%, в родах 45% и после родов 34%. Должно отметить, что многие авторы дают значительно больший процент эклампсий во время беременности, и мне кажется, что цифра Hinselmann'а мала, так как нередко при эклампсии начало родов проглядывается наблюдателями. В общем, несомненно, эта болезнь чаще всего наблюдается в родах, реже во время беременности и еще реже после родов.

IV. В городах эклампсия наблюдается значительно чаще, чем в деревне, По Hammerschlag'у в первых она наблюдается в одном случае на 286 родов, а в последних на 1800. Имеющиеся у меня данные также говорят о значительно большей редкости и у нас в деревнях.

V. Многоплодная беременность особенно сильно предрасполагает к эклампсии. Так, по Hinselmann'у, на 7748 эклампсий наблюдалось 492 двоен = 6,4%, между тем как по отношению к общему числу родов двойни составляли менее 2% случаев. По Михайлову она наблюдалась среди экламптических женщин в 8,5%, между тем как многоплодные роды составляли у него только 2,07%, следовательно, при двойнях эклампсия встречается в четыре раза чаще.

VI. В высокой степени интересно падение частоты эклампсии в Германии во время войны. Так за 1911—1914 гг. при 161 443 родах эклампсия в родильных учреждениях наблюдалась 2322 раза, т. е. в одном случае на 69,5 родов, во время войны 1112 случаев на 113 704 родов, то-есть 1:118,4 и после войны (1/vi 1919 — 31/xii 1922 гг.) на 113 177 родов — 1 438 эклампсий, то-есть один

случай на 78,6. Из многих объяснений наиболее вероятными надо признать те, которые связывают эти колебания с уменьшением белковой и жировой пищи и может быть также с увеличением мышечной работы для женщин.

В Ленинграде число эклампсий во время войны даже несколько увеличилось. Можно думать, что это учащение находилось в связи с большим потреблением соленой пищи, так как по современным воззрениям натрий и калий повышают раздражительность нервной системы и следовательно благоприятствуют развитию эклампсии.

VII. Женщины, страдавшие эклампсией, значительно чаще заболевают ею при последующих родах, чем не болевшие ею. Так, Hinselmann на 1614 болевших эклампсией встретил 31 раз повторение ее при следующих родах, то-есть 1,92% (1:52), между тем как из 1600 многорождавших только одна заболевает эклампсией. Почти те же фактические данные находим мы у Селицкого. На 2576 случаев эклампсии она наблюдалась при следующих родах 71 раз, то-есть в одном случае на 37 таких больных, между тем как многорождающие, как указано выше, значительно реже заболевают эклампсией. К сожалению, Селицкий делает совершенно неправильный вывод, игнорируя этот факт, и говорит об иммунизации таких женщин и даже отдает особое предпочтение сыворотке их для лечения эклампсий.

VIII. Упитанные женщины более предрасположены к этому заболеванию. Таково заявление очень многих акушеров, вполне подтверждаемое и моими наблюдениями. Частота эклампсий во время войны в Германии с достаточной убедительностью говорит в пользу такого положения.

IX. Страдающие почкой беременные, как и вообще представляющие явления эклампсизма, нередко переходят в состояние эклампсии, что понятно уже из определения эклампсии.

X. Менее точно установлено более частое появление эклампсии при узком тазе. Целый ряд авторов подчеркивает это совпадение, в особенности Staudе в своей диссертации (60% узких тазов). В Государственном акушерско-гинекологическом институте узкий таз при эклампсиях наблюдался в 16,4%, между тем как вообще он наблюдался там немного более 9%. Уже большая продолжительность родов при нем, повышение раздражительности женщины и констатированное д-ром Добровольским более частое поражение почек при узком тазе во время родов дают теоретическое обоснование допущению, что узкий таз благоприятствует эклампсии.

XI. То же можно сказать и относительно *hydramnion'a*. Больших статистических данных в пользу его предрасполагаю-

щего влияния нет. При этом на материале Гос. акуш.-гинекол. института встретил это осложнение при эклампсиях в 1,8%, между тем как по данным Виридарского и Чапина *hydramnion* встречался там вдвое реже. Почти такую же цифру (1,9%) дает и Хажинский. В общем считают, что *hydramnion* встречается менее 1%.

XII. Широко распространено мнение, вполне согласное с нашими теоретическими представлениями об эклампсии, что нервные женщины особенно предрасположены к этому заболеванию, но больших статистических данных в этом направлении у нас нет.

XIII. Очень интересно и важно для патогенеза эклампсии наблюдение, что она встречается также при *mola hydatidosa* и даже довольно часто (в литературе около 10 случаев), принимая во внимание редкость рассматриваемого заболевания, с одной стороны, и редкость эклампсии в ранние месяцы беременности, с другой стороны.

ПАТОГЕНЕЗ.

Что касается патогенеза эклампсии, то он еще до сих пор не точно установлен, хотя данные многочисленных наблюдений, экспериментов и вскрытий говорят более и более в пользу интоксикационной теории со стороны яйца или точнее — со стороны плаценты.

Уремическая теория эклампсии безусловно отвергается, так как при ней наблюдается совершенно иная патолого-анатомическая картина, в небольшом числе случаев даже не имеется поражения почек и в довольно значительном числе поражение их так ничтожно, что они никоим образом не могут объяснить тяжести заболевания. Анализ крови дает при уремии большую задержку продуктов азотистого обмена, которые при эклампсии стоят на высшей границе нормы или слегка выше ее. Нельзя объяснить эклампсию задержкой мочи вследствие прижатия мочеточников, так как это явление встречается почти так же часто у нормальных рожениц, к тому же его нередко находят при больших тазовых опухолях, хотя эклампсии при этом не наблюдается.

Также должна быть отвергнута и *плодовая теория* эклампсии, согласно которой продукты обмена плода загрязняют кровь матери и ведут к эклампсии. Главным возражением служит то, что и без плода при *mola hydatidosa* наблюдается

эклампсия. Уже одно это обстоятельство совершенно лишает почву у плодовой теории. Трудно объяснить при ней и поздние послеродовые эклампсии — на второй, пятый, десятый день после родов, когда плод давно уже родился; а также и очень ранние — на втором, третьем, четвертом месяце беременности, когда плод слишком ничтожен по весу и объему. Да и вообще плод находится в таких условиях в матке, что количество шлаков, выделяемых им, должно быть чрезвычайно мало — он не нуждается ни в нагревании, ни в пищеварении, и мышечная деятельность его слишком ничтожна.

Нет оснований приписывать главную роль в патогенезе эклампсии *несоответствию между кровью матери и плода* на основании большей части приведенных соображений. Опыты Allen'a в лаборатории Williams'a не подтвердили этого предположения (Mac-Q u aggie), так как на 400 случаях он установил, что несоответствие между материнской и детской кровью почти так же часто наблюдается при нормальной беременности, как и при эклампсии.

В подтверждение плодной теории многие говорили, что эклампсия прекращается во время родов и беременности со смертью плода. Проф. Lichtenstein¹ опровергает это, находя, что эклампсия останавливается в родах приблизительно одинаково часто при мертвом плоде, как и при живом, а также появляется иногда и при мацерированном плоде.

Не подтверждается также *инфекционная теория* эклампсии, которую я защищал лет 20 тому назад на основании замечательного сгучивания этой болезни. При появлении эклампсии в тот же день, как и в ближайшие 2—3 дня очень часто наблюдаются новые случаи эклампсии; в особенности такое сгучивание замечается в родильных учреждениях. После появления моей статьи об этом в Бонне вышла даже диссертация д-ра Lennepert'a,² в которой на основании случаев Боннской клиники, а также литературных данных, он присоединялся к высказанным мною положениям. Д-р Левинович пытался подтвердить ее бактериологическими исследованиями, а проф. Жуковский клиническими наблюдениями над появлением эклампсии у детей, бывших в одной комнате с экламптической больной, и обратно. В даль-

¹ Arch. f. Gynaec. B. 95. H. I.

² Ueber das serienweise Auftreten der Eclampsie mit besonderer Berücksichtigung der infektionstheorie. Bonn. 1902.

нейшем я не нашел веских данных в пользу этой теории и считаю ее недоказанной. Вероятно, это скучивание является результатом влияния погоды, колебания влажности воздуха, давления и температуры, которые уменьшают работу кожи, на что имеются указания в отдельных работах последнего времени.

Мало вероятно и *чисто нервная теория* эклампсии, имевшая раньше большое число сторонников и еще недавно защищаемая с большим остроумием Kapferer'ом.¹ Ею трудно объяснить патолого-анатомическую картину, и непонятно ее появление только в связи с развитием яйца.

Нет оснований предполагать появление ее исключительно в связи с *эндокринной деятельностью*, так как при этом условии можно было бы ожидать развитие ее и вне беременности. Предположение о роли паратиреоидной железы в этом отношении отпадает, так как по удалении ее происходит не эклампсия, а тетания. Большее значение, вероятно, имеют надпочечники и гипофиз, которые часто гипертрофированы при этом заболевании, но и их роль, вероятно, второстепенная.

Резкое уменьшение случаев эклампсии во время войны в Германии выдвинуло на очередь *диететическую теорию* эклампсии; второстепенное значение ее едва ли можно отрицать, но придавать этому моменту главную роль нет оснований, так как, 1) эклампсии все же наблюдались во время войны, 2) эклампсии наблюдается и у плохо упитанных женщин и 3) эклампсия никогда не наблюдается у небеременных женщин, как бы они хорошо ни питались.

Нет оснований также принимать эклампсию за *анафилаксию*, так как некоторые клинические явления резко отличаются. Так, кровяное давление при эклампсии как правило повышается, равно как и температура, между тем при анафилаксии они понижены.

Мнение Zveifel'я о важном значении *мясо-молочной кислоты* в крови экламптичек в патогенезе эклампсии не выдерживает критики, так как эта кислота является результатом усиленной мышечной работы в связи с судорогами.

Наиболее вероятной теорией в настоящее время представляется *плацентарная*. Прежде всего она имеет точно обоснованную анатомическую базу. Несомненно, элементы пла-

¹ Kapferer. Ueber die prophylaktische Behandlung der Eklampsie nach Stroganoff. Diss. Freiburg im Br. 1911

центы в форме отдельных клеток ворсин (Schmorl, Lubarsch и др.) и даже целых ворсин (Williams) (рис. 13) отрываются от плаценты и попадают в материнские сосуды, где они, как правило, распадаются, вызывая образование антител — синцитиолизинов. Не без участия, вероятно, и инкреты плаценты, наличие которых подтверждается уже реакцией Abderhalden'a. При распадении упомянутых клеток происходят вероятно также элементы, способствующие образованию фибрина, идущего на построение многочисленных тромбов, столь характерных для эклампсии.

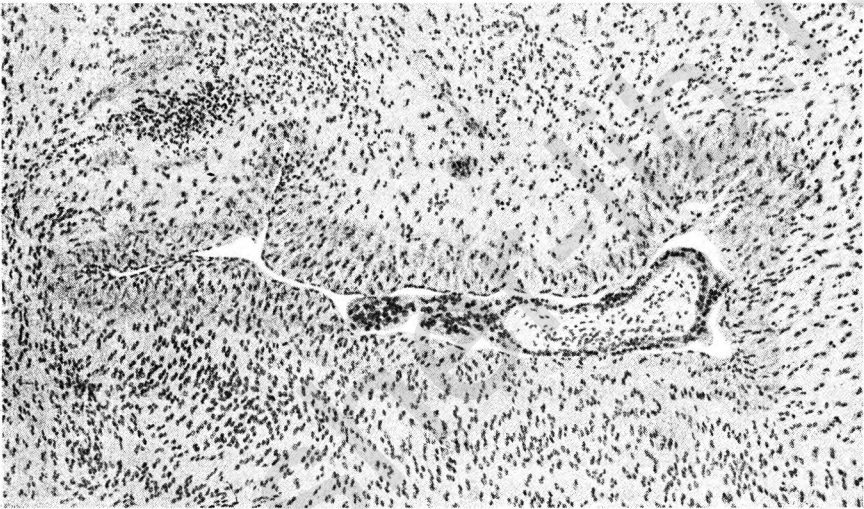


Рис. 13. Плацентарная гигантская клетка и ворсинка хориона в кровеносном сосуде стенки трубы на некотором расстоянии от местоположения плаценты. (Из Williams'a.)

Многие этиологические факты наиболее легко объясняются этой теорией. Так, делается понятным появление эклампсии только у женщин в связи с зачатием. При двойнях уже большее распространение плаценты делает вероятным большее вхождение элементов ее как и инкрета в сосудистое ложе матери. Более сильное растяжение матки дает основание предполагать большее внутриматочное давление. У перворождающих также наблюдается большее внутриматочное давление. Делается понятным относительно нередкое появление эклампсии при *mola hydatidosa* в ранние месяцы беременности, в которые эклампсия очень редко наблюдается при нормальной плаценте и плоде. Глубокое проникновение ворсин здесь

встречается очень часто, а иногда они даже разрушают стенку матки. Но и для этой теории имеются некоторые трудно объяснимые факты. Так, Williams ставит вопрос: почему при разрыве плодовместилища трубной беременности, когда плод и яйцо зачастую целиком попадают в брюшную полость, не наблюдается эклампсии? Далее: как объяснить появление ее через 2—3—10 дней и более после родов, причем задержки последа не было.

Нельзя ли объяснить первое тем, что разрыв при внематочной беременности происходит обыкновенно в ранние месяцы, когда организм мало подготовлен к эклампсии, а также тем, что при этом наблюдается обыкновенно сильное кровотечение, служащее, как известно, могучим терапевтическим приемом при этой болезни. К тому же выработка инкретов резко понижена, если не прекращена.

Должно принять во внимание также различие места проникновения. В одном случае элементы яйца попадают в кровеносные сосуды матери, в другом в перитонеальную полость. Конечно, может иметь значение и разница окружающей среды. Очевидно соотношение сил самозащиты организма для борьбы с этим вредным началом более благоприятно для организма в перитонеальной полости.

Что касается позднего появления эклампсии, не говорит ли это за то, что занесенные в организм матери элементы яйца не тотчас начинают образовывать токсины эклампсии, а лишь спустя некоторое, может быть, даже продолжительное время. В самом деле ведь ворсины всегда купаются в материнской крови; мало того, оторванные от почвы, они иногда даже развиваются, образуя *chorio-epithelioma*.

То обстоятельство, что в сосудах нормальных беременных и рожениц находят элементы плаценты, как и ее инкреты, нельзя считать существенным возражением против этой теории, так как решающую роль может играть соотношение количества поступающего токсина с противодействием со стороны организма.

Что касается детального определения токсинов, то это вопрос будущего. Kollmann полагает, что это глобулины, Dienst, — что это фибрин-фермент и фибриноген, Lierrmann, — что это липоиды.

Очень интересные данные собраны в последнее время относительно капиллярного кровообращения при наблюдении под микроскопом по способу Lombard'a-Weiss'a. Ока-

зывается, что оно нарушается уже во время беременности и еще более при родах. От времени до времени наблюдается замедление движения крови и даже остановка его. При эклампсии в 80% оно выражено значительно, а в 50% даже и очень резко. Подобное изменение тока крови Neveгтапп наблюдал и на сосудах внутренних половых органов при кесарском сечении из-за эклампсии. Наиболее вероятное объяснение этим нарушениям видят в спазме сосудов (Hinselmann). Как известно, многие уже давно объясняли клинические явления эклампсии спазмом сосудов.

Резюмируя, можно представить себе происхождение эклампсии следующим образом: основным фактором являются элементы плаценты, включая и инкреты ее, попадающие в кровь матери. Там они или непосредственно или после некоторой переработки их образующимися антителами расщепляются и образуют ядовитые продукты, действующие на мозг, почки, печень и на систему эндокринных желез, в частности на надпочечники и гипофиз. Усиленная деятельность двух последних ведет к значительному поступлению в кровь их гормонов, как известно, вызывающих сокращение сосудов. В более легких случаях организм женщины реагирует на это явлениями эклампсизма, в более тяжелых — эклампсией. Существенным явлением последней является спазм сосудов мозга, почек, кожи и других органов. Судорожные припадки еще более нарушают кровообращение в сосудах, а также и деятельность сердца. Не менее резко нарушается и дыхание, в особенности тканевое — темная венозная кровь характерна для эклампсии. При припадках образуется еще много новых токсинов, переработка которых особенно затруднена вследствие расстройства дыхания и кровообращения.

Появлению эклампсии, вероятно, способствуют и другие факторы, а именно — уменьшение в крови матери кальция и магния — элементов, понижающих раздражительность нервной системы и увеличение натрия и калия — повышающих ее. Можно думать, что не остаются без влияния и токсины плода и в особенности кишечника на основании наблюдений в Германии во время войны, а также благоприятных результатов, полученных при применении дублинского метода лечения этой болезни, о котором будет сказано ниже. Само собою понятно, огромную роль играет состояние перерабатывающих и выделительных органов, в частности ретикуло-эндотелиальный аппарат, резко страдающий при эклампсии.

Быстрое поправление больных при своевременном лечении эклампсии говорит за первоначальное, преимущественно функциональное, нарушение деятельности органов. С каждым припадком нарушение последних делается более глубоким, и иногда через 12—18 часов от начала болезни женщина умирает. Ниже я описываю случаи, когда после четырех припадков больная имела вид умирающей (*moritura*), а другая — после пяти припадков имела уже кровоизлияние в мозг. С другой стороны, некоторые женщины выздоравливают после 100—200 припадков. Это зависит, с одной стороны, от силы и частоты припадков, с другой — от состояния защитительных сил организма и в особенности его сосудистой системы.

Это соотношение сил довольно хорошо демонстрируется формулой, которую я дал лет 30 тому назад для инфекционных заболеваний. Здоровье равно силам самозащиты, деленным на силу микробов ($Z = \frac{c}{m}$). В данном случае вместо *m* надо поставить плацентарные токсины — *n*. Если самозащита сильна, организм выздоравливает, если нет, он погибает.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Главные патолого-анатомические явления эклампсии установлены преимущественно Schtoll'e м. Они состоят в тромбозах, в анемических и геморрагических некрозах во всех органах, а также в дегенеративных изменениях. Особенно резко поражается печень, так как часть получаемой ею крови идет непосредственно из половых органов (анастомозы в области таза). Обыкновенно она больше нормы, но в двух случаях Ваг'a она была меньше 1500 г. На разрезе печень часто имеет пятнистый вид в связи с кровотечениями и некрозами. Иногда кровотечения настолько велики, что разрушают значительную часть паренхимы. Часто они видны на наружной поверхности ее, придавая ей характерный вид, как это видно на прилагаемом рисунке. В исключительных случаях кровоизлияния прорываются в брюшную полость и бывают настолько значительны, что причиняют летальный исход.

По Fahg'u изменения локализируются в периферии долек в виде фибриновых тромбов в капиллярах воротной вены, в капиллярных эктазиях с образованием больших кровяных пространств и кровоизлияний с гибелью прилегающих клеточных элементов. Кроме того наблюдаются дегенеративные

изменения паренхимы в форме гиалиновых, гидropически вакуолярных и жировых перерождений.

В сосудах находят плацентарные клетки, печеночные и жировые. Важно отметить, что поражение печени не всегда отвечает тяжести клинической картины эклампсии. Константинович отмечает также дегенерацию эндотелия капилляров (рис. 14).

Очень резко поражаются также почки. В 38 случаях Бара у всех они были найдены. Schmorl не нашел их только в од-

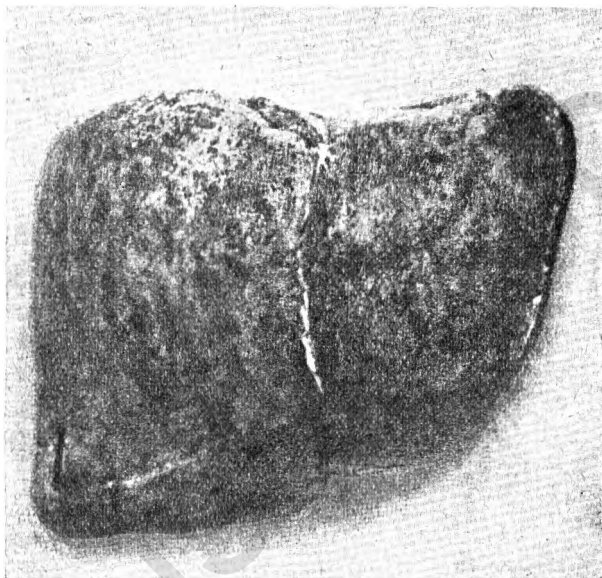


Рис. 14. Печень экламптической больной, пронизанная маленькими геморрагическими некрозами вследствие образования тромбов. (Из Stoeckel'я.)

ном случае из 73 (De Lee). У Феллинга изменения в почках отсутствовали в 5%. Макроскопически они имеют иногда вид большой белой почки, но во многих случаях вид их нормален. У Бара в одном случае она была меньше нормы, в 6 — нормальной величины и в остальных — явно больше (от 258 до 345 г). Капсула иногда напряжена, в других случаях нет. Преобладающие явления в них дегенеративные, белковое или жировое перерождение, — последнее особенно в случаях с длительным хлороформным наркозом, — как в извитых канальцах, так и в генлевских петлях, больше в первых. В гломерулах те же изменения, но в артериолах иногда примешива-

ются воспалительные изменения. В капиллярах тромбозы и клеточные эмболии. В общем картина отвечает гломеруло-нефрозу.

Большинство наблюдателей согласно с тем, что изменения в почках не стоят в прямом отношении к тяжести заболевания.

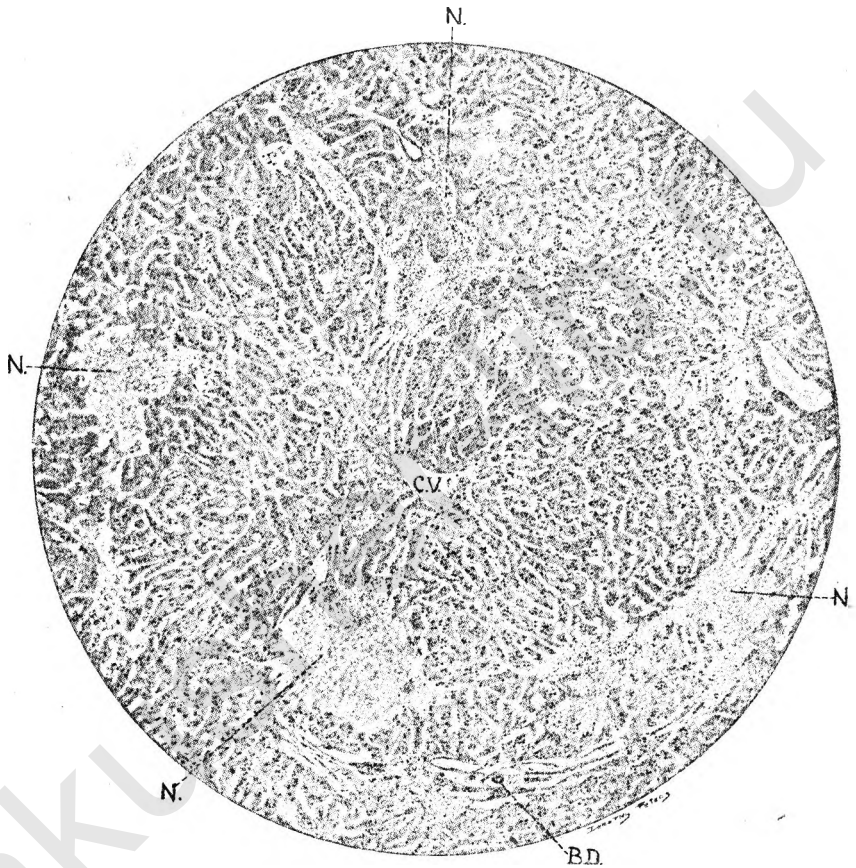


Рис. 15. Экламптическая печень. ВД. желчные протоки; С. V. центральная вена; N. околопортальные некрозы. (Из Williams'a.)

ния. Из 38 случаев Бара тяжелые поражения почек найдены только в 16,6%, в 37,5% они были умеренными и в остальных легкие. Функциональные исследования почек дали то легкое, то значительное их поражение. Essen-Möller и другие отмечают, что функциональная способность почек в различных случаях различна и что она варьирует даже у одной и той же женщины в разное время. Должно отметить, что эти исследования находятся еще в начальном периоде.

В легких находят также клеточные и жировые эмболии и кровоизлияния. Кроме того, в некоторых случаях встречаются отек и бронхо-пневмонические явления. Последние — нередко как результат аспирации во время припадков или как следствие нерациональной дачи лекарственных средств бессознательным больным.

В сердце находят дегенеративные изменения в форме белкового и жирового перерождения, последнее в значительной степени может зависеть от длительного хлороформного наркоза. Местами встречаются кровоизлияния и некрозы.

По Sioli анемия, гиперемия, отек мозга — нечастые находки. Большие и малые кровоизлияния в мозгу и его оболочках — самое частое явление. Микроскопически открывают тромбы и кровоизлияния, как и в других органах. Часто находят очаговые явления около сосудов, пятнистые просвечивания возле них с более или менее сильным поражением ганглиозных клеток, что, вероятно, находится в связи с несовершенным продолжительным закрытием сосудов. Также часто наблюдается ограниченное ожирение в сосудистых стенках, в особенности в их эндотелии, подобно отравлениям от свинца или хлороформа.

В селезенке и поджелудочной железе встречаются те же кровоизлияния и некрозы.

В коже находят нередко петехии, сыпи, а Gutbrod наблюдал даже гангрену; иногда встречаются ожоги от применения горячих грелок.

Надпочечники обыкновенно увеличены. Повидимому, это стоит в связи с увеличением их активности.

Относительно гипофиза, деятельности которого при эклампсии придают особенное значение, законченных анатомических исследований пока еще нет.

Gräfenberg устанавливает характерную для эклампсии картину в плаценте: расширение сосудов с разрывом их стенок и с кровотечением в существо ворсин и даже в межворсинчатое пространство, что констатируется при микроскопическом исследовании. Эти кровоизлияния предрасполагают к преждевременному отделению плаценты, что действительно и сообщалось некоторыми авторами.

В трупах детей от экламптических матерей находим изменения, сходные с материнскими, но слабее выраженными.

Интересны наблюдения Rutz'a, дающие общую картину, несколько расходящуюся с другими авторами. Из 368 вскры-

тий семь раз почки оказались непораженными, острые нефритиды встретились в 46%, и хронические в 11,6%. Чаще наблюдались дегенеративные изменения. Однако изменения были нередко незначительны и, может быть, они были вторичные.

Расширение мочеточников Prutz нашел немногим чаще, чем у нормальных беременных. Печень — главное место поражения с тромбозами портальных сосудов и некрозом соседних участков. Только в немногих случаях они отсутствуют. Иногда гематомы под капсулой. Сердце представляет дегенеративное изменение частью от хлороформа. В легких — гигантские клетки синцития. Нередко бронхопневмония и sepsis.

В мозгу он нашел oedema в 42%, гиперемия в 35%, значительные кровоизлияния в 13%, норму в 10%.

К сожалению, в высокой степени важные данные о химическом изменении крови при эклампсии еще очень недостаточны и во многом противоречивы. Это и понятно, так как детальное исследование этого вопроса началось сравнительно недавно. По Zweifel'ю удельный вес крови у них повышен (он брал только не имевших отека), количество воды уменьшено, между тем как по Rung'e и Kessber'у уд. вес не изменяется, а Langenmeister находил его даже уменьшенным. Seitz склоняется к выводу об уменьшении белкового содержания и увеличении воды, причем он отмечает, что уменьшение идет за счет альбумина, в то время как количество глобулинов и фибриногена даже увеличивается. Он отмечает особую лабильность белка — он легко выпадает.

Количество липоидов, повидимому, при эклампсии не больше, чем у беременных, у которых оно повышено сравнительно с небеременными (Hellmuth).

Исследования относительно кальция также противоречивы. Во время беременности количество его уменьшено; по Kehrge'у при эклампсии уменьшение еще более резко; другие авторы это отрицают.

Реакция крови при эклампсии отклоняется в сторону кислотности.

Что касается продуктов азотистого обмена, то задержания их при этой болезни значительно меньше, чем при уремии, находясь почти на высших границах нормы. Отмечается недостаточное окисление продуктов азотистого обмена, количество мочевины уменьшено, мочевой кислоты и креатина увеличено. Некоторые наблюдали увеличение аминокислот.

Отмечается также повышение антитрипсина и липазы. Каталаза—в норме. Zin ser находил увеличение хлоридов в крови. Очень интересны исследования Berkely, Dodds и Walker, ¹ по которым присутствие уробилина и уробилиногена в моче представляет самый верный и самый легкий указатель на печеночное поражение. Они нашли, что ацетон находится в моче большей половины беременных женщин и почти у всех страдающих токсемией.

Об увеличении количества мясо-молочной кислоты было сказано выше.

СИМПТОМЫ И ТЕЧЕНИЕ ЭКЛАМПСИЗМА.

Рассматривая эклампсию как *более резкое проявление эклампсизма*, естественно мы переходим к описанию этого состояния. Симптомы эклампсизма важны для нас и потому, что они проявляются между припадками эклампсии, как и по окончании их, а усиление их говорит за приближающийся припадок и показывает применение предупреждающих мер. На первом месте должна быть поставлена *головная боль*, локализирующаяся чаще всего в лобных отделах. Нередко я опрашивал больных о характере этих болей и об отличии их от бывших ранее вне беременного состояния и очень часто получал заявление об их различии. Быстрое усиление головной боли представляется довольно характерным симптомом приближающегося припадка.

Повышение кровяного давления — частый симптом эклампсизма. Нередко оно повышается до 160—180 и даже 190 и в последних случаях заставляет врача ставить вопрос: не следует ли прервать беременность?

Следующим частым явлением служит *нахождение белка в моче*, которое при эклампсии является правилом. Отмечу только, что мне не раз приходилось видеть появление белка только после бывшего припадка.

Количество белка колеблется от 0,1⁰/₀₀ до 48⁰/₀₀ и даже больше. Essen-Möller, Селицкий и некоторые другие не видят в большом количестве белка указания на тяжесть случая, но едва ли они правы, так как поражение этого важного выделительного органа несомненно должно существенно отражаться на выделении токсинов и на общей экономии организма. Мы должны признать, что, чем больше

¹ Journ. of Obstetr. a. Gynaec., Spring 1924.

выделяется белка, тем сильнее поражен орган; это подтверждается наблюдениями Добровольского, по которым белок тем скорее исчезает из мочи после окончания болезни, чем меньше его было во время ее. Однако надо прибавить, что тяжесть эклампсии оценивается только по сумме признаков.

Нередко в моче содержатся гиалиновые, а в тяжелых случаях и зернистые цилиндры, к которым при прогрессировании болезни присоединяются и красные кровяные клетки. Быстрое исчезновение этих явлений вслед за родоразрешением, а иногда даже только после прекращения припадков (без родоразрешения) говорит за сосудодвигательное происхождение их, за нарушение дыхания и питания клеток этого органа вследствие спазма сосудов без существенного нарушения их строения.

Венда считает важным указателем на состояние токсикоза появление более высоких степеней *bilirubinämiae*.

Часто наблюдаются *отеки нижних конечностей* (до 50%), иногда поднимающиеся до пупка. Нередко они бывают без поражения почек, что указывает на нарушение деятельности ретикуло-эндотелиального аппарата. В этом отношении особенно интересна работа Robert'a Vendra, который на основании многочисленных опытов с большой вероятностью устанавливает повышенную проходимость капиллярного эндотелия во второй половине беременности, особенно сильно выраженную при токсикозах и еще сильнее при эклампсии. Он устанавливает также, что и *вся ретикуло-эндотелиальная система резко повреждается во второй половине беременности, еще сильнее в родах и максимально при токсикозах.*

У I-рага сильнее чем у m-рага.

Иногда у больных наблюдаются *головокружение, бессонница, нерасположение духа, сонливость, задумчивость, иногда сильное возбуждение.*

Особенно важно *изменение зрения*, — от некоторого ослабления до полной слепоты. Последняя обыкновенно наблюдается незадолго до припадков и имеет важное показательное значение. В наших случаях наблюдался при этом обыкновенно только отек сетчатки, что до некоторой степени гармонирует с полным восстановлением зрения несколько дней спустя после прекращения припадков.

Essen-Möller в значительном числе случаев констатировал *retinitis albuminurica*, как и Schiötz, который при 26 случаях эклампсизма наблюдал его 11 раз, т. е. в 42,3%, в то

время как при эклампсии на 132 случая он встретил это поражение только 16 раз = 12,1%. Приходится поставить вопрос: не имели ли последние авторы дела с почечной токсемией? Whitridge Williams справедливо разделяет эти две формы, хотя дифференциальная диагностика их очень трудна и в некоторых случаях окончательное заключение делается лишь месяц спустя после родоразрешения, когда остающееся поражение почек говорит за нефритическую форму (подробности ниже).

Часто встречаются явления со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, реже понос. Иностранцы отмечают острые боли под ложечкой, которым придают даже тяжелую прогностику. По моим наблюдениям у нас последние встречаются не часто. То же отмечает Ми х н о в.

У некоторых наблюдаются *фибриллярные подергивания мышц* лица и верхних конечностей, более резко выраженные незадолго до припадка.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКЛАМПСИЗМА.

Многие из перечисленных явлений наблюдаются и при нормальной беременности. Только сочетанное наличие их будет указывать на токсемию, причем головная боль, высокое кровяное давление, белок в моче и изменение зрения будут главнейшими симптомами. Труднее отличить эклампсизм от почечной токсемии. Давние заболевания почек, поражение их в ранние месяцы беременности, соответствующее поражение глаз, значительная задержка остаточного азота в крови — до 70 мг и более на 100 куб. см дают основание признать почечную токсемию. Как сказано выше, болезненное состояние почек месяц спустя после родоразрешения также говорит с большой вероятностью за почечную токсемию.

ПРЕДСКАЗАНИЕ.

В общем при надлежащем лечении прогноз благоприятен. Тяжелым исходом служит переход эклампсизма в эклампсию, что наблюдается тем скорее, чем более неправильный образ жизни будет вести больная.

Еще более тяжелым является переход его в коматозное состояние без судорог, в так называемую эклампсию без припадков. Однако это состояние настолько редко — мне его не приходилось видеть ни разу в точно установленной форме, —

что практическое значение его невелико. Из 69 случаев, собранных Селицким, 47 нужно признать недоказательными, 16 сомнительными (трудно отличить от мозгового кровоизлияния, нефритической комы, острой желтой атрофии, инфекционных заболеваний, паралича сердца) и только 6 солидно обследованными. Из 2 случаев, сообщенных мною, в настоящее время я считаю один недоказательным, а другой сомнительным.

ПРОФИЛАКТИКА.

Считая эклампсизм результатом накопления токсинов в крови как следствие их чрезмерного поступления или недостаточной их переработки, мы должны рекомендовать беременным диету, благоприятствующую работе выделительных органов и защитительного аппарата, в особенности печени и ретикуло-эндотелиальной системы. Умеренное питание без большого количества белковой животной пищи и жиров, пребывание на чистом воздухе, надлежащие движения беременной женщины, теплое и чистое содержание кожи с применением ванн, надзор за правильной деятельностью кишечника, устранение значительных психических раздражений—вот то, что можно рекомендовать женщинам, имеющим склонность к эклампсизму. Исследование мочи или кровяного давления не менее раза в месяц и даже каждые 2 недели можно рекомендовать при наличии какого-либо одного или двух приведенных признаков эклампсизма.

ЛЕЧЕНИЕ ЭКЛАМПСИЗМА.

При слабых формах эклампсизма можно ограничиться мерами, указанными в профилактике. При более значительных головных болях, повышенном кровяном давлении (140—155 и выше), отделении белка рекомендуется молочная диета, смешанная или полная, смотря по силе поражения, с постельным содержанием и ежедневными ваннами около 29°R с последующим теплым содержанием.

При сильной головной боли и бессоннице—небольшие дозы солянокислого морфия 0,008—0,01 один раз в сутки, редко 2 раза, не менее как с 12-часовым промежутком. На ночь веронал 0,3—0,6 или хлорал-гидрат 1,0—1,25—1,5 через рот, если больная не выводит обратно рвотой, а в противном случае через кишку. Легкие слабительные, клизмы,

каскара, средние соли, преимущественно сернокислая магnezия рекомендуются таким больным. Устранение раздражений.

Обычно при таком лечении явления стихают или совсем проходят, но в некоторых случаях через несколько дней или неделю, с приближением к моменту родов, явления усиливаются, тогда показано прерывание беременности, которое лучше всего делать разрывом пузыря. У I-рага расширяем шейку хегарами до 10—14 номера и корнцангом или пулевыми щипцами широко разрываем пузырь. Если шейка проходима для пальца, то в расширителях нет нужды. У III-рага такое состояние наблюдается нередко. Матка при эклампсизме находится в состоянии повышенной раздражительности, почему обыкновенно скоро наступают роды. Плод часто небольшой в связи с эклампсизмом, а также в связи с нередкой недоношенностью.

Essen-Möller в таких случаях прибегает к кесарскому сечению, что на мой взгляд представляет оперативное увлечение. Я не помню случаев смерти в связи с эклампсизмом, но наблюдал один таковой при нефритической токсемии, причем летальный исход произошел от воспаления легких и *ser-sis'a* после бывших у больной 2 легких припадков эклампсии.

Большие операции, включая и влагалищное кесарское сечение, у таких ослабленных больных с пониженной самозащитой, по моим наблюдениям, подтвержденным американскими и английскими авторами, дают худшие результаты, чем более бережное ведение. Не нужно только долго выжидать, и, если лечение не дает благоприятных результатов в течение 5—7 дней, прерывание беременности показано. В тяжелых случаях оно может быть сделано и раньше. Но едва ли рационально делать родоразрешение в первый день без надлежащего ознакомления со случаем. Исключения крайне редки.

В тяжелых случаях можно применить кровопускание в 300—400 г, в особенности там, где ради спасения ребенка желательно продлить беременность. Нужно, однако, отметить, что жизнь плода у таких больных находится в большой опасности, и продолжительным ожиданием далеко не всегда удается его спасти.

СИМПТОМЫ ЭКЛАМПСИИ.

Первый припадок—начало эклампсии. Точный анализ его чрезвычайно важен для оценки его значения. Как уже сказано выше, по крайней мере в 85% наблюдаются предвест-

ники, вероятно и в остальных 15% они слабо выражены или проглядываются. Нередко за несколько минут наблюдаются сокращения отдельных мышц лица и рук больной, а глаза ее устремлены в одну точку (безумный взгляд) и слегка отклоняются в сторону и вверх. В этот момент дачей хлороформа нередко удается предупредить припадок, или он следует вскоре в виде прерываемых сокращений глазных мышц (миганий) и отведения глазного яблока вверх и в сторону (закатывание глаз). К ним присоединяется тетаническое сокращение мышц лица и затылка с отдельными подергиваниями — голова больной откидывается назад. Рот больной в первые 10—20 секунд обыкновенно открывается и только впоследствии закрывается тетаническим сокращением мышц, прерываемым отдельными клоническими. Первым периодом свободно можно пользоваться для введения какого-либо тела между зубами для предохранения языка от укусов. С лица и шеи судороги переходят на туловище и конечности. Дыхание останавливается. Кулаки сжаты. Застой крови на голове усиливается. Кровь делается сильно венозной, лицо и шея набухают, синеют и даже чернеют. Из рта показывается пена, нередко смешанная с кровью. 25—30 секунд позже тетанические судороги постепенно переходят в клонические, руки и ноги беспорядочно двигаются толчками. Дыхание не происходит. Сердце также принимает участие: я наблюдал очень редкие и сильные удары. Отдельные клонические судороги, в которых принимает участие все тело, постепенно стихают. Больная имеет ужасный вид, резко отличающийся от бывшего минуту тому назад. Спустя десяток секунд она делает первое глубокое дыхание с храпом и хрипами, за которым секунд через 10 следуют другие, постепенно учащаясь. Из рта к концу припадка вытекает слюна, смешанная с кровью, которая зачастую втягивается бессознательной больной в дыхательные пути. Удалить это отделение весьма важно. В общем, по моим наблюдениям, припадок продолжается около минуты, то несколько меньше, то больше. Иногда клонические судороги затягиваются на несколько минут. Мне приходилось видеть их в течение 5—6 минут, Garnier наблюдал даже до 20 минут. Больная при этом дышит, иначе она погибла бы. Если при типическом припадке хлороформирование больной является нерациональным и даже вредным, так как больная не дышит и не может получить достаточного количества медикамента для прерывания припадка, между тем как маска

мешает доступу воздуха, самому главному лекарству в этот момент — кислороду, то при атипическом припадке большой продолжительности, когда больная дышит, хлороформ может оказать существенную пользу.

Я считаю неправильным заявление *Essen-Möller'a*, что первый вдох является в начале клонических судорог. Как сказано выше, он появляется или по окончании их или на исходе. Важно отметить неточность утверждения некоторых авторов, что больная вскоре после припадка „не чувствует, не слышит, не видит“. Это верно для сознательных ощущений, но неверно для рефлекторных восприятий. Она реагирует на внешние раздражения уже вскоре после припадка, и иногда эта реакция выражается новым припадком.

Глубокое коматозное состояние следует обыкновенно за первым припадком в течение 10—20 минут, затем сознание постепенно проясняется, если вскоре не последует новый припадок. Следующий наступает обыкновенно спустя $1\frac{1}{2}$ —2—3 часа и только при сильных болях, — что наблюдается в конце 1-го и во 2-м периодах родов, — припадки появляются иногда чаще указанного срока. В редких случаях то же наблюдается и в других стадиях беременности, а также и после родов. После 2-го припадка сознание возвращается через еще больший промежуток времени, а после 3-го или 4-го оно остается потеряннным на многие часы. Каждый припадок резко отражается на всем организме женщины. О влиянии на мозг говорят только что перечисленные явления. Кровь делается асфиктической. Дыхательный центр и сердце резко страдают, — в исключительных случаях до остановки, от которой только искусственное дыхание спасает иногда женщину.

Один случай подобного рода мне особенно памятен. Во время Международного конгресса акушеров и гинекологов в Ленинграде в 1910 г. я демонстрировал конгрессу лечение эклампсии. К концу утреннего заседания в Институт была доставлена больная — крепкая, сильная женщина с довольно тяжелой эклампсией. У нее было на дому несколько припадков во время родов. Человек 60 членов конгресса, между которыми был голландский проф. *Van der Velde*, пришли в смотровую, где под хлороформом было произведено исследование и выпущена моча. Зев был совершенный, головка вступала в полость таза, почему родоразрешение щипцами было показано. Мочи выделено около 20 см. При кипячении она вся свернулась. Я дал благоприятное предсказание данному случаю. Больной вприсынули морфий и повезли в операционную. На дороге у нее появляется сильнейший припадок, после которого дыхание прекратилось. Тотчас применено было искусственное дыхание, и к счастью удалось оживить больную. Извлечение щипцами было немедленно произведено мною, и в дальнейшем случай протекал благоприятно. Ни одного припадка более.

Функция почек также резко нарушается: количество мочи падает, иногда до анурии, в ней появляются или увеличиваются белок и цилиндры.

Не остается без повреждения печень и ретикуло-эндотелиальная система. Последнее заметно по увеличению отечности, Rumpel-симптому и в особенности по явлениям начинающегося отека легких; печень — по уробилинурии, ацетонурии.

Между тем огромная работа мышц поглощает массу кислорода и дает много токсинов, присоединяющихся к уже бывшим ранее, усиливая отравление организма.

Кровяное давление повышается, равно как и t° , последняя обыкновенно на несколько десятых градуса. Многие авторы говорят о t° в 39—40—42° и приписывают это повышение эклампсии. Мне таковых чистых форм видеть не приходилось, наблюдались лишь с одновременным поражением легких, полового канала и др. Последнее легко объяснимо особенно при эклампсиях в домашней обстановке. После многих припадков (10—15) сердце сдает, пульс учащается до 110—120 и выше, делается слабым, дыхание учащается и нередко присоединяются явления отека легких.

На матку эклампсия действует раздражающим образом и, наоборот, появление маточных сокращений способствует появлению припадков. При повторении припадков начинается родовая деятельность, если ее не было раньше, или усиливается имеющаяся.

Не всегда припадки повторяются, иногда наблюдается лишь один припадок, который в таких случаях обыкновенно бывает несильным. В особенности часто это наблюдается, если первый припадок был при окончании родов. Несомненно роды оказывают благотворное влияние на прекращение припадков, что наблюдается приблизительно в 50%. Оперативные роды, повидимому, сильнее влияют в этом отношении; объяснение этому можно найти, с одной стороны, в более сильном кровотечении, наблюдающемся при операциях, а с другой стороны, в применении наркоза. Несомненно, по исследованиям проф. Lichtenstein'a, что обильное кровотечение в третьем периоде и непосредственно после родов благотворно действует в этом отношении, хотя мне пришлось наблюдать первый припадок даже во время кесарского сечения после извлечения плода и последа, сопровождавшегося значительным кровотечением, несмотря даже на продолжавшийся хлороформно-эфирный наркоз.

Как уже сказано выше, припадки бывают различной продолжительности; они бывают и различной силы, что зависит от конституции больной.

Что касается тяжести эклампсий в различные периоды плодоношения, то в *ранние месяцы беременности* она протекает *более тяжело*. Точно также эклампсия во время беременности представлялась более тяжелой, чем эклампсия родовая; еще легче протекает эклампсия послеродовая. Селицкий сообщает следующие цифры: эклампсия во время беременности дала 29,1% смертности, родовая 21,6% и послеродовая 7,5%. Вот цифры П р и м о для тех же категорий: 17,3%; 4,2% и 4,2%. При применении усовершенствованного профилактического метода у меня получилось впечатление, что эклампсии во время беременности протекают более благоприятно, чем эклампсии в начале родов. Lichtenstein для Лейпцигской клиники дает следующие цифры на 316 случаев эклампсии: 5% смертности во время беременности, 11,4% при родах и 4,8% послеродовых.

Поступившие извне эклампсии дают более неблагоприятное предсказание, чем развившиеся в учреждениях. Это показывает, с одной стороны, важность своевременного лечения, с другой — губительное действие припадков. Селицкий для внешних случаев нашел 20,5% и для внутренних 12,9%. П р и м о для внешних 14,5% и для внутренних 4,4%. Число припадков у первых было в $2\frac{1}{2}$ —3 раза больше, чем у последних.

У *многоорождающих* она протекает *более тяжело*, чем у перворождающих. Так, у П р и м о первые дали 8,8% смертности, а вторые 7,6%. Большинство авторов подтверждают такое мнение.

О повторной эклампсии мы говорили выше. Что касается *рецидивов*, то частота их зависит от определения, которое мы дадим этому термину. Мне кажется правильным, если под рецидивом мы будем понимать появление припадков после перерыва их в течение 24 часов. Я имею в виду, что судорожный период эклампсии обыкновенно продолжается около суток (85%) и относительно немногие переходят на вторые и даже на третьи сутки. Рецидивы при других болезнях (тиф и пр.) наблюдаются через промежуток времени меньший, чем обычно продолжается сама болезнь. Напротив, Селицкий называет рецидивом эклампсии, когда новые припадки начинаются лишь по исчезновении всех явлений

эклампсизма в данной беременности. При первом определении рецидивы наблюдаются около 5%, при втором, конечно, значительно реже.

Очень интересное явление представляют так называемые *интеркуррентные эклампсии* (Lichtenstein), то-есть такие, при которых припадки прекращаются за 12 часов и более до родоразрешения. Этот вид эклампсии особенно часто наблюдается при профилактическом методе лечения, несмотря на продолжающиеся роды с живым ребенком. Они убедительно говорят за бесполезность немедленного форсированного родоразрешения. Из 255 эклампсий во время беременности и родов в 101 случае Lichtenstein наблюдал интеркуррентность их, то есть в 39,6%, а из 80 во время беременности даже 90%. На нашем материале мы имели 27,5% интеркуррентных эклампсий во время беременности и родов, а если взять только эклампсии во время беременности, то интеркуррентных между ними было 63,8%. Я убежден, что при более совершенном применении профилактического метода процент интеркуррентных эклампсий должен быть еще большим. (Подробности сообщены ниже.) Так как с прекращением припадков женщина обыкновенно поправляется, то эта форма служит очень резким доказательством бесполезности оперативного форсированного родоразрешения.

Отеки при эклампсии встречаются в большей половине случаев. Селицкий находил их в 48%, у других авторов они встретились от 31,3% до 50 и даже до 100 у Geuer'a. Wyder видит дурное прогностическое значение, если они распространяются до верхней половины туловища. Полагаю, что подобное явление указывает на значительное расстройство ретикуло-эндотелиального аппарата, и, вероятно, мнение Wyder'a справедливо.

Очень интересно заявление Thomas Watts Eden'a, будто бы отсутствие отека указывает на тяжелый характер эклампсии.

Белок в моче встречается как правило; большая часть авторов находила его в 90%, а некоторые даже 100%. Форменные элементы находили от 26,9% до 70,4%. Добровольский¹ при тщательном исследовании мочи во время родов (не экламптичек) находил альбуминурию в 99,4% и

¹ К. вопросу об альбуминурии у беременных, рожениц и родильниц. Дисс. СПб. 1897.

цилиндрурию в 54,8% у 157 больных, причем у первородящих цилиндрурия повышалась до 72,2%. Во время беременности альбуминурию он наблюдал в 45% и цилиндрурию в 19%. Селицкий и Скробанский полагают, что по количеству белка нельзя судить о тяжести случая. Конечно, одним этим признаком не может определяться тяжесть эклампсии, однако более значительное количество белка в моче указывает на большее поражение этого важного выделительного органа и уже а priori заставляет предполагать более значительное понижение защитительных сил организма. Это мнение до некоторой степени подтверждается следующим наблюдением Добровольского: исчезновение белка и цилиндров после родов в общем совершалось скорей у тех больных, которые имели их в незначительной степени, к тому же у них обыкновенно реже находились цилиндры. Я привожу здесь мнение Добровольского в виду тщательности произведенных им исследований.

Предрасполагающее влияние узкого таза на развитие эклампсии в высокой степени вероятно; целый ряд статистических данных говорят в пользу этого, но есть и противоположные сообщения. Теоретически при узком тазе будет большее раздражение нервной системы, предрасполагающее к эклампсии, равным образом при нем встречаются и более частые поражения выделительных органов при родах (Добровольский).

Наблюдалось также некоторое учащение многоводия при эклампсии. Теоретически чрезмерное увеличение живота должно вести к затрудненному кровообращению в области почек и печени, а также страдает при этом и газообмен, что ведет к недостаточной переработке и выведению токсинов. Большая болезненность беременности должна вести к повышению раздражительности нервной системы. Примо констатировал hydræmia при эклампсии в 1,8%, между тем как по статистике Виридарского и Чапина в том же институте он встречался в 0,85%.

Важным осложнением при эклампсии является желтуха. По данным Примо она встретилась в 3,9%; у Селицкого — 3,1%.

Мои наблюдения говорят за неблагоприятное влияние этого осложнения на течение эклампсии, что представляется понятным в виду сложного поражения этого важного защитительного органа.

Должно отметить чрезвычайную ранимость кожи, которая проявляется уже довольно демонстративно в отношении к температуре. Грелки с неособенно высокой температурой нередко дают обширные ожоги. Довольно резко выражен при этой болезни Rumpel-симптом: перетяжка в области предплечья вызывает образование петехий. Это связывается с поражением ретикуло-эндотелиального аппарата, проявляющимся и в других фактах (отеки, кровоизлияния, белок в моче и проч.). Gutbrod наблюдал даже случай гангрены кожи, к которому Reed присоединил еще два.

Кроме продолжительности припадков, влияют на скорое истощение женского организма также сила и частота их. В некоторых случаях припадок бывает настолько слаб, что его трудно отличить от истерического и только последующие, как правило, более сильные выясняют дело.

Равным образом организм женщины страдает в большей степени, если припадки часто следуют один за другим, что представляется понятным в виду страшной асфиксии, которая при них наблюдается.

Общая продолжительность припадочного периода при эклампсии в 85% продолжается не более суток, только 15% затягиваются на вторые, а в редких случаях на 3-й и 4-й день. Как правило при этом имеются большие промежутки между припадками, иногда даже более одних суток, когда мы можем говорить о рецидиве эклампсии.

Что касается течения эклампсии после 1-го припадка, то оно в высокой степени различно и стоит в связи прежде всего с общим состоянием больной, с периодом, в котором появился первый припадок, а также с силой и частотой припадков. При плохом сердце и сосудистой системе может немедленно наступить летальный исход. Еще чаще наблюдается прекращение дыхания или сердцебиения, из которого можно вывести больную с применением надлежащих пособий. Но это редкость, — чаще всего состояние больной делается тяжелым после 10-го припадка.

Я видел кровоизлияние в мозг уже после 5-го припадка средней силы. К счастью, дальнейшие припадки были прерваны профилактическим лечением плюс кровопускание 380 г. Больная поправилась.

Чаще наблюдается остановка дыхания в связи с припадками.

При эклампсии во время беременности, как и в начале родов, второго припадка, — в особенности при надлежащем

лечении, может и не быть. Обыкновенно он наблюдался часа через 2—4, за которым следуют с различными промежутками и дальнейшие. Профилактический способ, учитывая это обстоятельство, дает наркотики перед припадками, предупреждая их появление. Как указано ниже, повторное введение их рекомендуется уже через час после первой дозы, а еще через два оно повторяется. Предполагается, что они должны удлинять промежутки.

При эклампсиях в конце первого и во втором периоде родов припадки нередко следуют быстрее один за другим. Напротив, после окончания родов приблизительно в половине случаев они прекращаются, а в другой половине порядочная часть дает лишь один, два припадков. В редких случаях припадки прекращаются задолго до окончания родов и при живом ребенке, что наблюдается довольно часто, как уже сказано выше, при применении профилактического метода лечения.

Послеродовая эклампсия протекает наиболее благоприятно, но и при ней отдельные случаи могут быть чрезвычайно тяжелыми. У некоторых авторов в течение значительных периодов она оказалась даже наиболее тяжелой. Для примера приведу статистику лейпцигской клиники проф. Lichtenstein'a за 1900—1910 гг., где послеродовые эклампсии дали наибольшую смертность.

Огромную клиническую и терапевтическую важность имеют предвестники припадков. Если иногда припадок и является для нас совершенно неожиданным, то мне кажется, это есть результат нашего недостаточно внимательного наблюдения за больной, в большинстве случаев ему предшествуют явления, указывающие на его приближение. *Более сильная головная боль*, что может быть узвано даже у коматозной больной по страдальческому выражению ее лица, более сильное беспокойство, *отдельные судорожные подергивания* лицевых и ручных мышц, *более напряженный пульс* и в особенности *своеобразная неподвижность глаз*, слегка отведенных кверху и кнаружи, — говорят за приближающийся припадок. Наркоз (хлороформ) должен быть дан немедленно.

В исключительных случаях припадки следуют чрезвычайно скоро один за другим — минут через 5, что производит прямо ужасное впечатление даже на врача, много видевшего; не успеваешь дать наркоз, как наступает новый припадок. Хлороформ следует дать немедленно, к нему может быть

присоединено кровопускание, а также впрыскивание морфия (0,015) и даже одновременно клизма с хлорал-гидратом (1,0—1,5). В исключительных случаях такое тяжелое течение наблюдается как во время беременности, так и после родов.

Состояние больной после нескольких припадков резко меняется. Некоторые женщины, особенно пожилые, со слабым сердцем после 4—5 припадков производят впечатление умирающих. С прекращением припадков они быстро поправляются.

Особенно памятна для меня подобная больная, которую мне пришлось лечить в клинике проф. Витт'a в Берлине в 1911 году.¹ 42-летняя Гага, перенесшая тиф и суставной ревматизм, отечная, рыхлая, довольно полная женщина после 2 припадков до моего лечения и 2 под моим наблюдением в течение 1½ часов, следовательно, после 4 припадков производила как на Бума, так и на меня впечатление умирающей около 11 час. дня. С прекращением припадков профилактическим лечением в 11 час. 40 мин. у ней появилась легкая испарина и затем спокойный сон, а в 17 час. больная заявила, что она чувствует себя хорошо. Одновременно улучшение выделения мочи. Так, 17/vi (день приема) утром выделено 100,0 мочи, с белком $\frac{3}{4}$ по Esbach'u, с зернистыми цилиндрами и белыми тельцами. В 6 час. вечера мочи 170,0, темно-коричнево-красной, мутной. Всего за сутки 270,0. 18/vi — общее количество мочи 620,0, зернистых цилиндров гораздо меньше. 19/vi — общее количество мочи 905,0, отдельные зернистые цилиндры и один стекловидный. 21/vi — цилиндров нет, мочи 1920,0 и это несмотря на продолжающиеся роды (до 20/vi) с живым плодом даже с 2 рецидивными припадками 20/vi с промежутками в 63 и 19 часов.

Этот случай убедительно говорит о значении припадков — он подтверждает положение, что каждый припадок приближает женщину к смерти. В то же время быстрое восстановление правильной функции мозга и почек, которое обыкновенно происходит еще с большей быстротою и резкостью, по моему мнению, ясно указывает на спазм сосудов мозга и почек, как на производящую причину указанных клинических явлений.

Как для прогноза, так и для оценки наших терапевтических мероприятий важно деление эклампсий на легкие и тяжелые случаи. В этом отношении схема Thomas Watts Eden'a заслуживает полного внимания.² Вот его данные:

1) Наличие комы. Без комы умерло 5,4%, с комой — 20,4%, с глубокой комой — 63,4%.

¹ Русский Врач, 1911 г., № 48 и Практический Врач, 1912 г., №№ 4 и 5 и Zentr. f. Gynaec. 1912, № 25.

² The Journal of Obstetr. a. Gynaec. of the Brit. Emp. V. 29. № 3. Autumn. 1922, p. 386 a. 456.

2) При пульсе менее 120 умерло 13,1%, при 120 и выше — 38%.

3) При температуре менее 39,4° умерло 10,2%, 39,4° и выше — 75,6%.

4) При кровяном давлении ниже 140 мм умерло 21 — 25%, при давлении 140 — 200 18,5 — 20% и при давлении более 200 мм 35,3 — 36%.

Последние цифры говорят довольно резко об опасности очень высокого кровяного давления (больше 200 мм), и слабее — за опасность нормального и близкого к нему.

5) Общее число припадков у выздоровевших 6,1 — 7,3, у умерших 10 — 14,5. На основании этого Eden делает заключение, что 10 припадков указывают на серьезность случая.

6) Количество белка: моча вся свернулась — смертность — 29,7%, много белка — 16%, следы белка — 13%.

7) Наличие или отсутствие отеков: при их отсутствии — смертность 29,4%, при умеренных или легких — 15,4%, при больших или общих — 16,3%. Должно отметить, что число случаев 1-й категории (отсутствие отеков) сравнительно мало (51) и след. должно быть проверено дальнейшими наблюдениями.

Если пациентка имела 2 или более из описанных 7 признаков — случай относился к тяжелым, в противном случае он считался легким.

Заслуживают внимания и другие данные, констатированные Eden'ом: перворождающие дали смертность в различных округах Англии от 20,6 до 23,8%, в то время как многоорождающие от 27,0 до 27,8%. Далее, если эклампсия развивалась ранее 36 недель беременности, смертность от 22,2% до 31,8%, если беременность была 36 недель и позднее, то смертность от 17,9% до 21,8%.

В противоречии с нашими заключениями у него особенно велика смертность от эклампсий во время беременности и после родов: во время беременности — 61,5%, во время родов — 19,2% и после родов — 19,3%.

Данные Eden'a о влиянии лечения на течение эклампсии будут приведены ниже.

Переходим к факторам, обуславливающим тяжесть эклампсии. В общем надо считать несомненно установленным, что эклампсии, *начавшиеся на дому*, дают худшее предсказание, чем начавшиеся в учреждении. По *Примо* первые дали 14,5% смертности, вторые — 4,4%, по *Селицком* у — 20,5%

и 12,9%. Это вполне объясняется отсутствием рациональной помощи на дому при припадках и зачастую вредными пособиями в роде попыток вывести больную из коматозного состояния, или вливания воды или какого-либо лекарства в рот бессознательной больной. Немецкие авторы заявляют, что, чем раньше начинается лечение, тем лучше полученные результаты. В общем это подтверждает приведенное положение.

Интересен вопрос: не представляются ли иностранные эклампсии более тяжелыми по сравнению с русскими. *Примо* специально останавливается на этом и приходит к заключению, что разницы в эклампсиях собственно нет за исключением того, что в иностранных клиниках и больницах наблюдается гораздо большее число внешних эклампсий, которые, как было указано выше, дают большую смертность. Если сравнить только внешние эклампсии, то смертность русских эклампсий близко подходит к немецким и др. Наблюдая и лечя несколько случаев за границей, а равно анализируя имеющиеся данные, я также прихожу к заключению, что эклампсии в общем всюду одинаковы, представляя значительные колебания в отношении тяжести по отдельным периодам и находясь в связи с моментами, уже разобранными выше.

Пожилый возраст уже теоретически предрасполагает к более тяжелому течению эклампсии. Цифры *Примо* и *Селицкого* подтверждают это.

Двойни также ухудшают течение эклампсии. У *Примо* смертность при этом осложнении 10,5%, между тем как общая смертность 7,9%.

После 10—15 припадков состояние больной резко отличается от первоначального. Она лежит в глубокой коме, багровая, отечная, пульс нередко доходит до 120 и выше уже зачастую не напряженный, дыхание учащено с хрипами и храпом, последнее в особенности тогда, когда больная лежит на спине, изо рта выделяется слюна, окрашенная кровью с примесью серозного отделения. Зрачки сужены, t° повышена до субфебрильных цифр, а иногда и значительно выше; последнее, по моим наблюдениям, зависит обыкновенно или от септических процессов в половом канале, или от заболевания легких, или от всасывания продуктов распада из полостей рта, глотки и гортани. У таких больных при высокой t° комнаты часто замечается сильное разложение во рту, которое в исключительных случаях приводит к смертельному исходу.

Я припоминаю следующий случай. Больная поступила в Институт после 40 припадков на дому, где наблюдение было очень несовершенно, с языком, откушенным наполовину. Профилактическим лечением припадки были прерваны (в Институте только 1 припадок) и больная оправилась в ближайшие дни от эклампсии, но на 5 и 6-й день дала сильнейшее кровотечение из гангренисцировавшегося языка, а затем спустя несколько дней погибла в связи с распространением септического процесса с языка на шею (*angina Ludovici*).

Новый припадок у таких ослабленных больных иногда ведет к прекращению дыхания или сердцебиения.

Недавно мне пришлось иметь дело с такой пациенткой. Довольно крепкая женщина при неправильном профилактическом лечении дала 13 припадков. Я видел ее впервые вскоре после последнего припадка. Она лежала на спине и тяжело дышала, с хрипами и храпом, отчасти от западения языка с значительным количеством слюны, крови и сывoroточного отделения во рту. На моих глазах появился 14-й припадок, после которого больная перестала дышать. Я и дежурный врач применили искусственное дыхание, которое вскоре оживило больную. Больная была положена на правый бок, так что рот ее был обращен к середине комнаты (не к стене) для получения наилучшего воздуха. Введен *morph. pur.* 0,015 под кожу и хлорал-гидрат 1,5 *per rectum*, кислород. Была отворена оконная форточка. Ни одного припадка больше. Поправление.

Иногда первым поражается сердечный центр, а в некоторых случаях смерть наступает от *кровоизлияния в мозг*. В редких случаях смерть наступает уже при первом или при первых припадках, более часто через 12—24 часа. Но и после прекращения припадков больная может погибнуть от прогрессирующего отека легких или от осложнившегося воспаления легких, а также от сепсиса.

Должно отметить, что отек легких у таких больных нередко начинается еще при хорошей деятельности сердца, вероятно как следствие резкого поражения ретикуло-эндотелиального аппарата и сильной проницаемости стенок капилляров.

Иначе обстоит дело с больными после окончания припадков, при отсутствии непоправимых соматических изменений и заражений. Уже через 15—16 часов некоторые, казавшиеся умирающими, чувствуют себя вполне удовлетворительно, большинство через 1—2 суток близки к норме. Конечно, число, сила и частота припадков отражаются в общем на последующем поправлении. В такой же мере оно зависит и от силы и устойчивости самого пораженного организма.

Кроме легочных и септических заболеваний видную роль играют *психические заболевания* после эклампсии—так на-

зываемые интоксикационные психозы. По Селицкому на 2986 эклампсий наблюдалось 151 психоз, т. е. 5,0%, причем особенно благоприятные цифры получены теми авторами, которые описывают случаи, леченные профилактическим методом или близким к нему. На 360 случаев, сообщенных Примо, Lichtenstein'ом и Рабиновичем, наблюдалось лишь 9 психозов, т. е. 2,5%. При усовершенствованном профилактическом методе на 300 случаев я имел лишь 5 психозов (1,6%). Я убежден, что количество припадков имеет очень большое значение в этом отношении. Но конечно и сила и частота их, а также и устойчивость пораженного организма играют видную роль. Хотя Селицкий и не придает такого значения припадкам, но его собственные наблюдения говорят в пользу приведенного мною заключения, так как число припадков у страдавших психозами было у него в $1\frac{1}{2}$ раза больше, чем у не страдавших ими (15,6:10,1).

Мои наблюдения, совпадающие с наблюдениям большинства исследователей, указывают, что течение этих психозов очень благоприятно, если, конечно, они не пали на наследственно-предрасположенную почву.

Чаще психозов я наблюдал продолжительные головные боли, ослабление памяти, изменение настроения, которые в отдельных случаях затягивались на несколько недель и месяцев.

Что касается *поражения почек*, то оно обыкновенно проходит в течение первых дней или первой недели, если не было их предварительного заболевания. Только в исключительных случаях они остаются в течение нескольких недель.

Мне пришлось наблюдать больную, перенесшую довольно тяжелую эклампсию с легкими явлениями последующего психоза в течение двух—трех дней. Небольшое количество белка и цилиндров наблюдалось у нее с перерывами в течении 3—4 месяцев, когда больная снова забеременела. Профессор терапевт советовал ей прервать беременность. Я рекомендовал выжидание с тщательным наблюдением за деятельностью почек. Спустя две недели при режиме эклампсизма белок и цилиндры исчезли и беременность и роды протекли вполне благополучно.

На *плод* эклампсия оказывает *губительное влияние*, да это и понятно, зная, что даже эклампсизм способствует смерти плода. Здесь присоединяется вредное влияние припадков с их асфиксией, и можно сказать, что чем больше их, чем они тяжелее и чаще, тем скорее гибнет плод. Большая смертность плодов обуславливается также их нередкой недоношенностью. Само собой понятно, что послеродовая

эклампсия на плод не влияет. Он находится только под действием эклампсизма. Примо на 250 эклампсий во время беременности и родов наблюдал 26% смертности детей, в то время как при послеродовых эклампсиях 8,8%. У Селицкого разница еще больше — 34% и 4,5%. Это показывает настоятельную необходимость выделять послеродовую эклампсию при оценке влияния той или другой терапии на плод. Примо утверждает, что предсказание для плода при прочих равных данных зависит главным образом от перенесенных матерью припадков.

Большая часть авторов заявляет, что потеря детей при эклампсии достигает 40—50%. Только в последнее время при применении кесарского сечения и профилактического метода она резко понизилась. На 300 случаев, леченных по усовершенствованному профилактическому методу, было получено 16,6% смертности детей, причем, если выбросить недоношенных весом в 2000,0 г и менее, мацерированных, умерших до начала лечения, от холода, от операций, то погибших детей в связи с эклампсией во время беременности и родов окажется около 6%.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Эклампсию можно смешать с уреимией, острой желтой атрофией, эпилепсией, с истерическими судорогами, с судорогами от малокровия, от поражения мозга и, наконец, от ложной эклампсии.

От уремии она отличается отсутствием длительного поражения почек, более острым течением, меньшей задержкой продуктов азотистого обмена в крови и отсутствием характерных для нефрита поражений глаза. По Aleck W. Bougpe,¹ если общее количество непротеинового азота 75 мм и выше на 100 куб. см крови, много шансов, что мы имеем обострение прежде бывшего процесса в почках. При эклампсии эта цифра колеблется около 45—50 и только в смертельных случаях она значительно повышается, достигая 65—69 мм. Этот автор считает характерным нахождение уробилина в моче при эклампсии, который по его наблюдениям отсутствует как при нефритах, так и при норме. Этот вопрос заслуживает дальнейшего исследования.

¹ Recent advances in Obstetrics and Gynaecology. 1926. London.

Важно для диагноза и послеродовое состояние. Если почки не приходят к норме в течение трех недель, много шансов, что мы имеем дело с нефритом. В общем эклампсия представляет обыкновенно более острое течение.

Должно отметить, что уремические припадки могут быть лечены так же, как и экламптические, и что они проявляются нередко с меньшей интенсивностью.

Острая желтая атрофия печени также дает судорожные припадки с потерей сознания, очень сходные с экламптическими. Она характеризуется следующим: 1) наличие желтухи в большей или меньшей степени; 2) в моче как правило находят лейцин и тирозин; 3) в тех немногих случаях, которые я видел, припадок бывал не столь сильный, как при эклампсии и не давал столь значительной асфиксии; 4) обыкновенно наблюдается уменьшение печеночной тупости; 5) потемнение сознания нередко наступает раньше припадка; 6) болезнь протекает не столь остро и 7) как правило прогрессивно ухудшается и ведет к смерти, хотя я видел один случай, окончившийся выздоровлением, где диагноз с наибольшей вероятностью был поставлен на упомянутую форму.

Эпилептический припадок распознается: 1) по анамнезу — больная раньше припадка или после него сообщает об этой своей болезни; 2) обыкновенно припадок бывает единичным; 3) перед ним бывает характерная аура; 4) бессознательное состояние не так длительно и 5) не бывает такого поражения почек, как при эклампсии. Труднее отличить, когда эпилептические припадки появляются в большом числе, — так называемый *status epilepticus*, — но в таких случаях наркотическое лечение может быть применено с полным правом.

От истерических судорог отличить нетрудно: 1) больная не кусает языка, 2) не наносит себе серьезных ушибов, как это наблюдается при эклампсии, 3) не бывает полной потери сознания, 4) не бывает поражения почек, 5) припадок не столь силен и не дает значительной асфиксии.

Труднее отличить асфиксию от ложной эклампсии. Но эта форма чрезвычайно редка. Значительное повышение температуры, позднее появление после родов (на 7 — 10 день и позднее) могут навести на мысль о подобной форме. Конечно, применение успокаивающих средств показано и при этой форме. В редких случаях судорожные припадки наблюдаются при очаговом поражении мозга (напр. *cysticercus*).

В таком случае они проявляются в форме Jасson'овской эпилепсии.

Легко отличить экламптический припадок от судорог при малокровии. Большая потеря крови, сильная бледность кожи и слизистых оболочек, слабый и частый пульс ясно указывают, с чем мы имеем дело. Самые судороги проявляются в более слабой форме, без резкой асфиксии и без тетанического периода.

ПРЕДСКАЗАНИЕ.

Нелеченные или поздно леченные эклампсии по Büttner'у в деревнях, где нет врачебной помощи, дают смертность от 27,4% до 45,76%, в городах и деревнях, где имеются врачи, — от 16,8% до 28,33%. В руководствах и учебниках последнего времени смертность матерей от этой болезни определяется в 20—25% и детей от 40 до 50%. Так, Витт считает материнскую смертность в 20% и детскую 50%, Seitz (в руководстве Stoeckel) 15—20% и 50%, в руководстве десяти английских учителей 20—25% и 40%, американец De Lee 20—25% и 50%, Побединский 25% и 50%, Иванов 20—45% для женщин и для детей в 1½ раза больше. Только в последнее десятилетие смертность во многих клиниках начала понижаться, как мне кажется, в связи с применением — хотя бы частичным — положений профилактического метода.

Мысль о вреде наркотических при эклампсии, высказанная Dührssen'ом, — несомненно ошибочная, — поддерживалась многими предшествующие два десятилетия, но теперь едва ли найдутся единичные фанатические приверженцы ее. Наилучшие результаты на достаточном материале (200—300 случаев) получены при применении профилактического метода. Даже сторонники активного лечения эклампсии в большинстве применяют и наркотики в крупных чертах согласно с профилактическим методом, как напр. Stoeckel. Zweifel, применявший профилактический метод плюс кровопускание на 316 случаев получил 8,5% смертности матерей и 18,8% жизнеспособных детей. Я лично с применением профилактического метода еще в 1909 г. на 360 случаев получил 6,6% смертности матерей и 21,6% детей, при эклампсии *sub partu et sub graviditate*, а при применении усовершенствованного профилактического метода за последние 11 лет — на 300 случаев 2,6% смертности матерей и 16,6% детей, причем, если

редуцировать запущенные случаи и умерших от sepsis'a, пневмонии и кровоизлияния в мозг, то получим 0% смертности матерей, а для детей при эклампсиях sub graviditate et sub partu. 6%, если исключим недоносков 2000,0 г и ниже, умерших до начала лечения, от холода, от операции и т. п. На 3835 эклампсий, леченных по профилактическому методу и его вариантам, в Европе и Америке умерло 10,7% матерей. Смертность детей, к сожалению, многими не отмечалась, но то, что указано, дает смертность их на 12% меньше, чем при других методах лечения в тех же учреждениях. Вот результаты последних 300 случаев.

1) Общая валовая смертность, как сказано, выше 2,6%, редуцированная — 0% или 0,3%, если не редуцировать умершую от кровоизлияния в мозг при 10—11-м припадке.

2) Не имели ни одного припадка с начала лечения 40,3% больных, имели их от 1 до 3 после начала лечения 44,7% и более 3 — 15%.

3) Мы наблюдали большое число интеркуррентных эклампсий — во время беременности и во время родов — 27,5%. Если возьмем только эклампсии во время беременности, то интеркуррентных среди них было 63,8%.

4) Малое количество психических заболеваний — 1,6%.

5) Относительно благоприятная смертность детей (указана выше).

6) Ни одной смерти матери вследствие лечения.

7) Малое число пневмоний — 1,3%.

8) Скорое поправление больных.

Должно отметить, что я не считаю эти результаты максимумом возможных достижений — лечение и у нас производилось при несовершенных условиях. Очень многие детали не могли быть выполнены. А поэтому есть полное основание ожидать еще лучших результатов при более совершенном применении метода. Остановлюсь на одном факте, цитируемом Селицким в доказательство малоценности профилактического метода. В 1908 году я сообщал о 360 случаях эклампсии с 6,6% смертности, а с 1910 по 1914 г. смертность в Госуд. акуш.-гинеколог. институте повысилась почти до 14%. В действительности этот факт только подтверждает значение профилактического метода. Дело в том, что в указанные годы в Институте был изменен метод лечения эклампсии, и способ стал применяться несистематично. В результате — резкое увеличение смертности. С конца

1914 года метод стал применяться снова, точно в усовершенствованной форме с вышеозначенными результатами. К сожалению, Селицкий в своей книге почему-то не поместил мои последние результаты, хотя они были опубликованы частично еще в 1918 году и, кроме того, сообщены мною при защите его диссертации.

Резюмируя, мы можем ожидать при правильном лечении минимальную смертность — 0,3% и менее — матерей и от 10 до 16% детей в незапущенных и незараженных случаях.

ПРОФИЛАКТИКА.

Профилактика эклампсии сводится к тому, что уже сказано выше в профилактике и лечении эклампсизма (см. стр. 104—105).

ЛЕЧЕНИЕ.

Я не буду говорить о многочисленных способах лечения эклампсии, предложенных раньше и рекомендуемых в настоящее время, примененных на небольшом числе случаев. Рассмотрю лишь вкратце вопрос о немедленном родоразрешении экламптичек различными вариантами кесарского сечения, выдвигаемого многими как основной метод лечения этой болезни. Прежде всего должно отметить, что активная оперативная терапия эклампсии не охватывает всех случаев этой болезни и уже поэтому не может стоять на первом месте. Все случаи послеродовой эклампсии ускользают из района такого лечения. Далее теоретическая база этого метода не достаточно обоснована. Предполагают, что с удалением яйца удаляется источник токсинов.

Однако, неизвестно, какими токсинами вызывается эклампсия, и даже при допущении плацентарной теории эклампсии мы не знаем, поступают ли они вновь из яйца в течение самой эклампсии. Возможно, что токсины эти образуются из тех элементов, которые давно — за несколько дней — попали в кровяное ложе женщины. Поздние послеродовые эклампсии довольно внушительно говорят в пользу этого.

Далее, нужно признать, что кесарское сечение у экламптичек значительно более опасно, чем у других женщин; по общему признанию экламптички сильно предрасположены к sepsis'у и воспалению легких, так как их ретикуло-эндотелиальный аппарат и выделительные органы резко осла-

блены и следовательно можно допустить, что применение столь значительной травмы будет более опасно для организма, чем применение более бережных средств.

Обширный опыт безусловно опровергает те надежды, которые Dührssen и другие авторы возлагали на этот метод. Наиболее ценны в этом отношении суммированные данные возможно большого числа клиник и родовспомогательных учреждений. Таковые с особенной полнотою представлены Thomas Watts Eden'ом, частью Peterson'ом и Селицким.

Вот что дает английская статистика, разработанная Eden'ом и представленная им на Ливерпульском конгрессе 1922 года, посвященном вопросу о лечении эклампсии.

1) Естественное родоразрешение без вмешательства какого-либо рода. Общее число 89, средняя смертность — 12,3%. Легкие случаи 50, смертность — 6%; тяжелые 39, смертность — 20,5%.

2) Вызывание родов при родоразрешении без пособий — 83, средняя смертность — 9,6%. Легкие случаи 59, смертность — 5,1%; тяжелые 24, смертность — 20,8%.

3) Родоразрешение с оперативным пособием: по большей части — низкие щипцы, редко поворот. Всего 153, средняя смертность — 14,5%. Легкие случаи 100, смертность — 5%; тяжелые 51, смертность — 33,3%.

4) Кесарское сечение. Общее число 88, из них умерло 21 — 23,8%. Легкие 51, смертность — 9,8%, тяжелые 37, смертность — 43,2%.

5) Assouchement forcè — почти все случаи с насильственным расширением шейки рукою. Общее число 14, смертность — 50%. Легкие 4, смертность — 25%; тяжелые 10, смертность — 60%.

Комиссия сделала три заключения: а) естественное родоразрешение или с помощью простых оперативных приемов представляет наименьший риск для матери; б) родоразрешение посредством быстрого или форсированного расширения шейки есть дурное лечение; в) кесарское сечение ухудшает шансы на выздоровление как в случаях легких, так и тяжелых.

Слабой стороной указанного доклада является сравнительно небольшое число наблюдений, но так как и все другие комитеты, учрежденные по всей Англии с тою же целью, пришли в общем к тем же заключениям, то приведенные цифры и выводы получают большое значение.

Peterson собрал 500 случаев эклампсий, леченных абдоминальным кесарским сечением. Из них умерло 174, т. е. 34,8%. До 1908 г. на 198 случаев умерло 95, т. е. 45,97%, в то время как с 1908 г. по 1913 на 283 случая умерло лишь 73, т. е. 25,79%.

С применением влагалищного кесарского сечения он собрал 530 случаев (в 1911 г.), из коих 124 окончились смертью = 23,4% смертности матерей и 21,2% детей.

Селицкий в 1912 г. собрал 590 случаев влагалищного кесарского сечения при эклампсии с 89 смертными исходами, т. е. 16,6% смертности; к сожалению, его статистика не включает многих случаев Peterson'a, имевшего 124 смертей на 530 влагалищных кесарских сечений и, следовательно, представляет результаты в более хорошем виде, чем они есть на самом деле.

Как видно из вышеизложенного, результаты оперативного лечения довольно плохи.

Zweifel, один из первых горячих сторонников оперативного лечения эклампсии, затем отказался от него, так как с усовершенствованием техники получил даже лучшие результаты, а именно 18,5% смертности на 400 случаев при применении активного способа. Он перешел на кровопускание плюс профилактический способ и получил 8,5% смертности на 316 случаев и с лучшей смертностью для детей.

В последнее время отдельные авторы сообщают более благоприятные результаты, но они в большинстве применяют и наркотическую терапию, как и другие приемы профилактического метода, и трудно сказать, что оказывает наибольшую пользу — скорое ли родоразрешение или приемы профилактического метода. Так, Stoeckel¹ является принципиальным сторонником скорого родоразрешения посредством кесарского сечения — абдоминального или влагалищного, — если нельзя окончить роды немедленно щипцами или поворотом. В то же время он считает необходимым и применение наркотизирующей терапии вместе с кровопусканием, пользуясь моей схемой. Его результаты прекрасны: на 119 эклампсий он получил 10 смертей, т. е. 8,4%. Но можно ли смотреть на кесарское сечение как на очень бережную операцию, в особенности, если ее применять широко и у лихорадящих, — я в этом очень сомневаюсь.

¹ Zentr. f. Gynaek. № 3. 1927.

Трудно сказать, от чего зависят хорошие результаты Stoessel'я, не зависит ли смерть больной а) от кровотечения из разрыва при hysterectomy и б) от сепсиса у лихорадящих больных — от самого метода лечения.

Этой сравнительно небольшой группе можно противопоставить мои 360 случаев с профилактическим лечением при смертности 6,6% матерей и 21,6% смертности детей при эклампсиях sub partu et sub graviditate, Zweifel'евскую группу в 316 случаев с 8,5% смертности матерей, и мою группу в 300 случаев с усовершенствованным профилактическим методом лечения с 2,6% смертности матерей и 16,6% детей, редуцированной смертности — 6%.

К тому же я и проф. Hinselmann собрали 3835 случаев эклампсии из международной литературы, леченных по профилактическому методу и его вариантам, со смертностью 10,7%.

Уже эти цифры ясно говорят об огромном преимуществе профилактического метода. К тому же выводу приводит и самый тщательный анализ, проделанный наиболее компетентными учеными по этому вопросу: Hinselmann'ом, Zweifel'ем, Lichtenstein'ом, Thomas Watts Eden'ом, Aleck W. Bourne'ом, Williams'ом, Forssner'ом, Zarate и друг. Проф. Forssner считает профилактический метод главным, если не единственным. Проф. Jellet and Maddil в своем руководстве говорят, что Строгановский метод, может быть, в слегка измененной форме, в настоящее время является основой лечения в большинстве родовспомогательных учреждений по всему миру („all over the world“). King¹ говорит, что в настоящее время все руководящие акушеры мира практически склоняются к консервативному лечению эклампсии. Katsuya заявляет, что в настоящее время Строгановский метод признан повсюду.

Поэтому я ограничусь описанием профилактического метода и возможных его изменений.

Прежде всего надо отметить, что при наших недостаточных знаниях патогенеза эклампсии он является наиболее рациональным. Покойный проф. Кравков на мои слова, что некоторые считают этот метод недостаточно мотивированным, сказал: „Экламптика возбуждена и имеет судороги и ей назначают успокаивающее и противосудорожное.

¹ Americ. Journ. of Obstetr. a. Gyn. March. 1925.

Каждый фармаколог оправдает это. Вопрос может быть только в том, следует ли давать хлорал-гидрат или более невинные — *veronal*, *hedonal* и др. Это должен решить опыт“.

Мы считаем, что эклампсия является результатом токсического действия на сосудодвигательный центр, следствием которого бывает спазм сосудов тем скорее, чем более возбуждена женщина. Рациональным будет, с одной стороны, способствование выделению и переработке токсинов и устранение образования новых и, с другой — понижение раздражительности женщины вообще и в частности ее сосудодвигательного центра.

Эмпирически я ставил себе целью устранить припадки и, следовательно, перевести эклампсию в более невинное состояние — эклампсизм. Это произойдет вместе с устранением или, по крайней мере, с понижением раздражения сосудодвигательного центра и с ослаблением спазма сосудов, который ведет к плохому снабжению кислородом всех паренхиматозных органов. Устраняя припадок, мы уничтожаем новое массовое поступление токсинов, происходящих от огромной мышечной работы при припадках. В то же время мы заботимся о наилучшем снабжении крови кислородом, заботимся о выведении токсинов кожей и почками, а также о разведении их в крови или выведении их посредством кровопускания.

Вместе с тем мы заботимся о понижении раздражительности больной, как и об устранении от нее всякого раздражения.

Рациональность этого очевидна. К тому же она подтверждается огромным опытом, так как результаты лечения настолько благоприятны, что многим кажутся невероятными. Они могут быть сравниваемы с *therapia sterilisantis magna*, так как дают почти абсолютную уверенность в излечении незапущенных форм эклампсии.

Существенным возражением служит то обстоятельство, что никто не получает таких результатов, какие имеются у нас, хотя все же их результаты наилучшие по сравнению с другими методами.

Я давно был убежден, что это происходит от неправильного применения метода или недостаточной его индивидуализации. В настоящее время я имею солидные подтверждения этому. Вот факты:

1) Ни в одном руководстве, ни в одном учебнике я не нашел полного, детального описания метода даже у моих

горячих сторонников, как проф. Zweifel. Еще более недостаточно описание у Побединского, Иванова, Williams'a, Seitz'a (в руководстве Stoeckel'я), Селицкого и Груздева, у последнего еще лучше других, а у Витт'a и Essen-Möller'a не только не полно, но даже и совершенно неправильно — я не даю морфий попеременно с хлорал-гидратом в течение всего лечения, а только первые 4 приема.

2) Многие обращают внимание только на дачу наркотических, оставляя в тени все остальное.

3) Недостаточная индивидуализация метода при эклампсиях разной силы. У некоторых авторов нет даже указания на максимальные и минимальные дозы наркотиков.¹

Итак, главная цель лечения — *устранить, прервать припадки*. На них я смотрю как на самый важный индикатор соотношений между силами самозащиты и вредным действием токсинов. И мы всегда этого можем достигнуть, применяя не одни наркотические, но и ряд других приемов — действуя, так сказать, „перекрестным огнем“. Из последних 300 случаев только в одном я не мог прервать припадков до 10—11, в течение которых (бывших рядом) у больной произошло кровоизлияние в дно 4-го желудочка. К сожалению, я боялся дать ей большие дозы наркотиков в виду жирно перерожденного сердца.

Прекращение припадков указывает нам на понижение раздражительности сосудодвигательного центра, на ослабление спазма сосудов, что должно вести к улучшению кровообращения во всех паренхиматозных органах и тем способствовать лучшей переработке токсинов и лучшему их выведению. Наилучшим мочегонным при эклампсии я считаю наркотические. В то же время мы уменьшаем концентрацию токсинов в крови, а в тяжелых случаях и выводим их посредством кровопускания. Одновременно понижаем раздражительность всей нервной системы матери.

Но не одними наркотическими мы достигаем поставленных целей, — ряд приемов дополняет их действие и способствует победе защитительных сил.

Усовершенствованный профилактический метод состоит из семи главных пунктов, из которых четыре применяются

¹ Может быть, существенным препятствием является недостаточно ясное, выпуклое описание мною самим некоторых пунктов, на что мне указывали некоторые товарищи.

в каждом случае эклампсии, один только в тяжелых, и последний в совершенно исключительных случаях, только в больницах и клиниках с хорошо организованной хирургической помощью, главным образом для врачей, еще недостаточно ознакомившихся с профилактическим методом. Лично я его почти не применяю. Вот эти пункты.

I. *Устранение раздражений.* Зная по опыту, что всякие раздражения экламптиков могут вызвать припадок, мы прежде всего устраняем от них по возможности всякий шум, сильный свет, лишнее соприкосновение, исследование, катеризацию. Если нужно сделать что-либо значительно беспокоящее больную, делаем это под легким хлороформным наркозом, причем даем его 2,0—3,0, редко 5,0 и более. Небольшие исправления производят или тотчас после припадка, или при движении больной, когда постороннее вмешательство менее заметно. Чем тяжелее эклампсия, тем строже надо относиться к этому пункту. Мнение Barker'a, которое разделяется повидимому и Essen-Möller'ом, что экламптика после припадка не видит, не слышит, не чувствует, — верно лишь относительно сознательного восприятия. Но бессознательное существует, и мне десятки раз приходилось наблюдать, как звуковые или осязательные раздражения вызывали припадок. При идеальном лечении я рисую себе больную, лежащую в большой комнате с t° 15°—16°R, слабо освещенной, покрытую теплыми, но легкими покрывалами, с грелками у ног и в области почек. Первые 5—6 час. при ней находится врач и акушерка в мягкой обуви, не дающей шума, непрерывно следящие за движениями и жестами больной и при наличии приближающегося припадка немедленно подающие пособие. Весь арсенал необходимых средств находится под рукой и прежде всего хлороформ и маска, морфий, хлорал-гидрат, каучуковый клин или ложка, обернутая полотенцем или салфеткой, шприц Праваца. Больная спокойно дремлет, лишь изредка двигаясь при родовых болях.

В клинике Schaut'a я следил за больной от 12 час. ночи почти до 5 час. утра — припадки были прерваны, между тем как раньше в течение 1 ч. 10 м. их было четыре. В клиниках Wittm'a в Берлине, Rosthorn'a в Гейдельберге и Bougne'a в Лондоне я также был возле больной в течение 4—5 час., затем справлялся о ее состоянии по телефону и лично навещал ее несколько раз. В клинике Franz'a в Берлине я пробыл у больной часа 2 и, считая случай легким, ушел из клиники; в это время возле больной положили роженицу, которая страшно кричала, и припадки начались вновь и едва не привели больную в могилу.

Этим я не хочу сказать, что практический врач каждый раз должен находиться возле больной. Имея помощницей акушерку, знакомую с уходом и лечением эклампсии, для легких случаев можно на худой конец обойтись и без личного наблюдения.

II. *Применение наркотических.* Успокоить больную и дать противосудорожные средства. При приеме — исследование под наркозом, и если роды подвинулись далеко, немедленное окончание их щипцами, очень редко поворотом при благоприятных к нему условиях или, при обычных к нему показаниях, извлечением при ножных и ягодичных предлежаниях, если эти операции не грозят матери и плоду сколько-нибудь серьезной опасностью. Если же роды не так подвинулись вперед, то мы ведем роды или беременность выжидательно и впрыскиваем под кожу чаще всего под хлороформом 0,015—0,02 morphii muriat. Последняя доза рекомендуется при сильных или частых припадках, в неподходящей обстановке и начинающим применять метод. Если бы припадки были очень часты и сильны, можно в виде исключения продлить хлороформный наркоз на 10—20 мин. и ввести rectum 1,5 хлорал-гидрата. При эклампсиях средней тяжести sub graviditate или sub partu через час вводится 2,0—2,5 хлорал-гидрата, также лучше под легким хлороформным наркозом, в 100,0 молока + 100,0 физиологического раствора поваренной соли. В промежутках при подозрении на готовящийся припадок — легкое хлороформирование (2,0—3,0—5,0). В случае припадка до истечения часа — немедленное введение хлорал-гидрата вслед за припадком, как только прошла асфиксия.

При нормальном течении, т. е. при отсутствии припадков, новое введение наркотических производится ради предупреждения припадков через 2 часа. Снова впрыскивается под хлороформом — morph. muriat. 0,015—0,02. Последняя доза — у сильных, крепких женщин или при тяжелых эклампсиях.

В промежутке также можно дать хлороформ 2,0—3,0—5,0 при наличии предвестников припадка: сильной головной боли, которую мы можем узнать и у бессознательной больной по выражению лица, по движению рук и метанию в постели, при отдельных судорожных подергиваниях на лице и конечностях, при закатывании глаз, а также при более напряженном пульсе. Случайные внешние раздражения могут дать повод к хлороформированию.

Вот схема, которой я руководствовался в течение 25 лет с небольшими вариантами.

Начало лечения — хлороформ. Введение 0,01 — 0,02 morphii muriat. под кожу.

	Через 1 час от начала лечения —	2,0(1,5 — 2,5) chloral-hydr. per os при сознании, с молоком, а у бессознательных — per rectum с молоком и физиологическим раствором поваренной соли aa 100,0 (под хлороформом).
»	3 » » » »	0,015 (0,01 — 0,02) morph. muriat. под легким хлороформн. наркозом.
»	7 » » » »	2,0 (1,5 — 2,5) chloral-hydr. подобно предыдущему.
»	13 » » » »	1,5 (1,0 — 2,0) chloral-hydr. как предшествующее.
»	21 » » » »	то же.

Два последних вливания делаются обыкновенно без хлороформн. наркоза, но если бы больная была возбуждена и боялись нового припадка, следовало бы дать хлороформ.

Таким образом в течение 21 часа вводим под кожу, per rectum или per os 0,02 — 0,04 morph. muriat. и 5,0 — 9,0 хлорал-гидрата + 15,0 — 20,0 — 30,0 хлороформа и 800,0 смеси молока и физиологического раствора соли. При эклампсиях post partum с хорошим состоянием больной довольствуемся меньшими дозами при необходимом условии отсутствия припадков.

При эклампсиях во время родов и беременности вводим наркотические по крайней мере 24 часа, а при наличии предвестников припадка — и более. На второй день довольствуемся в таком случае дачей 1,0 — 1,5 хлор.-гидр. каждые 8 час. Режим — как при эклампсизме. При возможности безопасного родоразрешения, конечно, его производим.

При легких послеродовых эклампсиях с отсутствием предвестников можно прекратить введение наркотических уже 12 час. спустя после последнего припадка. В тяжелых, конечно, терапия наиболее энергичная.

Указанные промежутки времени для дачи наркотиков, конечно, не являются чем-то неизменяемым. Явления могут заставить ввести их раньше срока. В тяжелых случаях иногда вся схема выполняется в 12 — 14 час. Maximum хлорал-гидрата, введенного мною за сутки, было раньше до 16,0, со введением кровопускания — до 12,0 и морфия около 0,06. Французские авторы вводили хлорал-гидрата до 20,0 и более pro die.

Эклампсии во время беременности лечатся так же, как эклампсии во время родов.

III. *Кровопускание.* Если, несмотря на применение вышеуказанных мероприятий, у больной было 3 припадков, следует сделать кровопускание обыкновенно в 400,0 из левой локтевой вены. У очень крепких, полнокровных женщин — до 500,0. Оно не делается, если есть основание ожидать разрешения в ближайшие $1\frac{1}{2}$ —2 часа.

Кровопускание показано немедленно, если больная имела уже 6—7 припадков на дому, а иногда и после 1—2 припадков, если они особенно злокачественны и резко отражаются на общем состоянии пациентки.

Как правило кровопускание сопровождается резким улучшением состояния пациентки. Кровяное давление падает — правда, не надолго, ангио-спазмы при капилляроскопии уменьшаются, больная делается спокойной, лицо теряет страдальческое выражение (уменьшение головной боли), отечность уменьшается, дыхание делается более ровным и глубоким, хрипы в легких, если они были, уменьшаются, изо рта уменьшается выделение, количество мочи увеличивается.

Даже у очень малокровных женщин после родов, если припадки не прекращаются, следует делать кровопускание в 200,0—300,0.

Я припоминаю одну больную с послеродовой эклампсией, потерявшей очень много крови при родах, но все же продолжавшей давать припадки. Малокровие было настолько резко, что при осмотре больной я не решился назначить кровопускание несмотря на второй десяток припадков. Но на моих глазах она дает сильнейший припадок с прекращением дыхания (искусственным дыханием она была оживлена), и я вынужден был назначить кровопускание в 200,0. После него ни одного припадка, но больная все же погибла через 12 часов.

Естественно является вопрос: не следует ли в каждом случае производить эту благотворную операцию, как это рекомендует проф. Zweifel. Считаю последнее не только излишним, но в некоторых случаях даже вредным. В самом деле, к чему делать кровопускание у тех экламптичек, которые под влиянием указанного лечения не дают припадков или дали их 1—2 раза без видимого ухудшения общего состояния и которые имели вообще мало припадков. Кровопускание здесь будет лишним, а если больная малокровна и, находясь в состоянии родов или беременности, будет затем иметь значительное кровотечение, она может погибнуть от малокровия или представить явления очень сильной анемии.

Кроме того, в некоторых случаях рана на руке может не срастись *per primam int.* и дать повод к тромбозу и даже эмболии. На нашем небольшом материале было 2—3 случая неполного срастания раны без сколько-нибудь серьезных последствий для больной. В одном из наших случаев при кровопускании была поранена *art. brachialis*, что потребовало перевязки этого сосуда. К счастью, дальнейшее течение болезни было вполне благоприятно. Просматривая сообщение *Engelmann'a* о последних результатах в его больнице, где применялось кровопускание почти в каждом случае, можно думать, что смерть наступила там в некоторых случаях не без влияния этой операции. Сам *Engelmann* признает это (*у Hochenbichler'a*).

Эти соображения и факты, требующие, впрочем, дальнейшей проверки, заставляют меня рекомендовать кровопускание лишь в тяжелых, более или менее запущенных случаях, а в легких лишь тогда, когда припадок повторяется, несмотря на правильное лечение. Само собою понятно, что кровопускание делается тем скорее, чем сильнее припадки и чем резче они отражаются на состоянии больной. В общем мы применяли кровопускание лишь в 15% наших случаев, причем в одном случае уже после второго припадка. В 85% оно казалось нам излишним, и все эти больные, леченные усовершенствованным профилактическим способом, поправились, за исключением двух женщин, которых, конечно, кровопускание не спасло бы.

Этот факт дает полное основание признать ошибочным мнение проф. *Zweifel'a*, будто бы кровопускание в его методе лечения играет первенствующую роль. В литературе также я не встречал достаточного числа наблюдений (200 или хотя бы 100), которые подтверждали бы такое мнение. Напротив, ранее кровопускание широко применялось, но результаты все же были плохие. Сам *Zweifel* на 316 случаев получил 8,5% смертности матерей, применяя кровопускание + профилактический метод, тогда как проф. *Leopold* получил 8% при одном профилактическом методе. Общий результат профилактического метода—на 3835 случаев 10,7% смертности матерей—немногим уступает данным *Zweifel'a*, но зато полученные мною результаты последних 12 лет (2,6% смертности матерей) далеко лучше цифр *Zweifel'a*.

Edeп дает следующие данные о значении кровопускания: из 143 случаев, леченных кровопусканием, умерло 46, т. е.

32,2%. Среди них легких случаев было 60, выздоровело — 53, умерло 7; смертность — 11,6%; тяжелых случаев было 83, выздоровело — 44, умерло — 39; смертность — 47%, между тем как средняя смертность во всей группе в 425 случаев была для легких случаев 5,4% и для тяжелых — 34,3%. В одном случае с кровопусканием в 1200,0 получилось впечатление смерти от потери крови. Заключение Eden'a таково: от кровопускания можно ожидать мало пользы, но может быть и вред. Если мы примем во внимание, что кровопускание было излюбленным методом лечения эклампсии в середине прошлого века и результаты были плохие, то едва ли и теперь от него можно ожидать иных результатов. Примирить это с нашими наблюдениями может лишь заключение, что только в сочетании с другими средствами и относительно небольшое кровопускание может дать хорошие результаты. Нечто подобное мы имеем и в отношении морфия и хлорал-гидрата.

Очень интересен вопрос: почему кровопускание так благоприятно действует на эклампсию? К тому, что было сказано на стр. 132, можно еще добавить следующее: оно способствует разжижению крови, которая у экламптиков нередко более густа; облегчает несколько деятельность сердца; уменьшает отеки; вероятно, уменьшает концентрацию токсинов в крови и, наконец, способствует более энергичному всасыванию наркотиков из кишок.

На нашем материале около 35% больных не давали припадков благодаря одному профилактическому лечению без кровопускания, и многие другие имели лишь 1—2 припадков, едва ли таким будет полезно кровопускание.

Если бы припадки продолжались и после кровопускания, то кроме усиленного ухода и введения максимальных доз наркотических следовало бы исследовать больную при наличии движения родов. Обыкновенно такие упорные припадки наблюдаются в конце первого и во втором периоде родов, когда родоразрешение представляется возможным и безопасным.

Если таковых условий нет, показуется усиление наркоза и может быть новое кровопускание в 200,0—250,0.

IV. *Ускорение родоразрешения.* Могушественным средством, прекращающим припадки, является родоразрешение. Возможно скорое, но обыкновенно не форсированное родоразрешение: щипцы, извлечение при ягодичных и ножных предлежаниях, редко поворот.

Все статистические отчеты подтверждают благотворное действие родоразрешения на прекращение припадков. Разногласие лишь в процентах: Dührssen получил прекращение припадков в 93,7%, Lichtenstein в 40%, Glöckner в 34,0%, Примо в 66%. Эти цифры представляют значение родоразрешений в более благоприятном свете, чем это имеется на самом деле, как это указывают Lichtenstein и Примо. Последний говорит, что во многих случаях прекращение припадков произошло независимо от окончания родов, так как у него имелось 27,4% интеркуррентных эклампсий и 44,7%, имевших прекращение припадков за 3 часа и более до окончания родов. Уменьшает значение родоразрешения и 25% чисто послеродовых эклампсий, а также то, что в общем почти 50% дают припадки и после родоразрешения. Я считаю, что Lichtenstein прав, утверждая, что послеродовые эклампсии являются наиболее экзотическими в отношении раннего родоразрешения.

Однако, нельзя не признать, что родовой акт с родовыми болями служит одним из моментов, вызывающих припадки, не говоря о том, что и всасывание элементов яйца может быть при них повышенным. Таким образом и теоретические и опытные данные убеждают нас в полезности родоразрешения. К тому же оно связано с падением давления в брюшной полости, с лучшим кровообращением в области печени и почек, а наблюдающиеся при них кровотечения служат также целебным фактором для эклампсии. Оперативное родоразрешение приносит пользу еще и потому, что оно производится под хлороформным наркозом, благотворное действие которого при непродолжительном применении — несомненно.

Там, где экламптическую больную можно разрешить без большой опасности для матери и ребенка, это должно быть сделано.

Что касается форсированного родоразрешения, то оно само по себе представляет большую опасность для больных (у Витта и Франца около 4% женщин погибло от операции), почему оно и может быть применено разве в совершенно исключительных случаях.

„Терапия средней линии“, рекомендованная Engelthapf'ом, явилась результатом неудовлетворенности активной терапии этой болезни и боязнью профилактического метода. Он присоединил поэтому к профилактическому методу

несколько больше активности, применяя более широко операции, метрейриз и кровопускание.

Что касается метрейриза, то на мой взгляд он приносит больше вреда, чем пользы, так как вносит раздражение и не дает определенного скорого результата. Данные Селицкого решительно говорят против его применения. Сам Engelmann в последнее время получил более 20% смертности.

Большую пользу я видел от разрыва пузыря. При эклампсии во время родов обыкновенно я разрываю пузырь у многоорождающих при зеве пальца на 2, а у перворождающих пальца на 3 при отсутствии противопоказаний, а в тяжелых случаях даже и ранее. Спадение матки благоприятствует лучшему кровообращению в брюшной полости, в частности в печени и в почках. Оно же будет способствовать меньшему попаданию элементов плаценты в кровяное ложе матери, а также попаданию туда элементов околоплодных вод.

V. Поддержание в наилучшем состоянии главнейших функций организма: а) дыхания, б) деятельности сердца, в) почек и кожи.

Ad а. Дыхание. Соответственное положение больной преимущественно на правом боку, а при грозящей пневмонии после многих припадков, обыкновенно после их прекращения — и переменное положение для лучшей вентиляции отдельных участков легких. Тщательное очищение рта и носа во время и после припадка, устранение по возможности всего стесняющего дыхание (теплые, но легкие покрывала), теплый, чистый воздух. После припадка — кислород до устранения асфиксии.

Ad б. Деятельность сердца. Введение молока и физиологического раствора поваренной соли aa 400,0—500,0 gr̄o die, что вводится обыкновенно вместе с хлорал-гидратом, rectum. При сознании обильное питье теплого жидкого чая с молоком и молока около 500,0 для первого дня и в 2—3 раза больше для следующих. После многих припадков больным с частым и слабым пульсом (110 и выше) назначаем в клизме digitalis (inf. digit. e 0,6 : 200,0 по две столовых ложки 3 раза в день). При резком ослаблении сердца возбуждающие: digalen, samphora, coffein, tinctura moschi.

Ad в. Почки и кожа. Теплое содержание больной, грелки к нижним конечностям и на область почек, если имеется

уменьшение или задержание мочи. Температура грелок не должна быть высокой, раздражающей, а только приятной. Должно отметить чрезвычайное расположение этих больных к ожогам. Клизму нагреваем до $32-33^{\circ} R$, дабы при вливании получить $30,0-30,5^{\circ} R$.

Многие рекомендуют введение под кожу физиологического раствора, в особенности после кровопусканий; полагаю, что это скорее вредно, чем полезно: 1) мера эта связана с раздражением и даже с более или менее длительной болью, что противоречит нашему первому пункту, 2) парэнтеральное введение соли при поражении почек, по современным воззрениям на лечение нефритов, представляется нежелательным. Если я и ввожу соль *per rectum*, то, во-первых, в разжиженном виде и, во-вторых, предоставляю организму брать столько, сколько ему нужно, чего нет при подкожном введении.

Иногда больная не удерживает клизмы, за этим должен быть тщательный контроль. Простой прием сжимания ягодиц на 6—8 минут при боковом положении женщины обыкновенно сопровождается полным успехом.

Проф. Zweifel считает потение вредным для больной, так как оно сгущает кровь. Напротив, я стараюсь вызвать пот нежными нераздражающими средствами—теплым содержанием и грелками умеренно высокой температуры. Горячие грелки раздражали бы больную и тем нарушали бы первый пункт метода, кроме того они нередко производят ожоги у таких бессознательных больных. Нежная теплота успокаивает нервную систему и устраняет спазм. Потение указывает на расширение сосудов, следовательно, на исчезновение спазма; я всегда видел в нем благоприятный признак—победу над заболеванием. Если после появления пота и наблюдались изредка отдельные припадки, то всегда это обуславливалось очевидным нарушением надлежащего режима. Потение может быть полезно и вследствие выведения некоторого количества токсинов. Уменьшение воды в крови, конечно, легко компенсируется усиленным поступлением ее из тканей и кишечника.

VI. Прежде я писал, что в тех случаях, когда припадки не останавливаются при профилактическом лечении, следует применить форсированное родоразрешение, т. е. высокие щипцы, более или менее трудный поворот и главным образом кесарское сечение, абдоминальное или вагинальное, при недо-

статочно раскрытом зеве. В последние 12 лет с применением кровопусканий я получил столь хорошие результаты, что считаю излишним применение таких пособий. На 300 последних эклампсий кесарское сечение было сделано лишь 3 раза, причем в одном случае на больной, обреченной на смерть, ради спасения ребенка; в двух других больные поправились, но по моему убеждению они поправились бы и без этой операции. Гораздо чаще я встречал такие случаи, где кесарское сечение казалось мне необходимым, но я его откладывал, и больные прекрасно поправлялись. Проф. Писемский, Окинчиц и др. считают необходимым в некоторых случаях делать кесарское сечение. Может быть, это и представляется для некоторых рациональным, но я держусь того убеждения, что при точном проведении метода, надлежащей обстановке и тщательном и умелом уходе за экламптичками со стороны среднего и младшего персонала—этого делать не нужно.

Важно следующее обстоятельство: в хорошо обставленных клиниках и больницах кесарское сечение представляет небольшую опасность; но если эту операцию делать в несоответственной обстановке, с малоопытным персоналом, то опасность резко возрастает. Поэтому для практического врача и для заведующих небольшими родильными отделениями, где чревосечения делаются редко, я не советую делать кесарское сечение, а только применять усовершенствованный профилактический метод с типичными щипцами, извлечением, поворотом, а там, где ребенок мертв, что обыкновенно наблюдается после многих припадков эклампсии у матери, — и перфорацию.

Факт, что на 300 последних случаев эклампсии я ни в одном не видел безусловного показания к кесарскому сечению и только в двух случаях относительное показание, имеет решающее значение в этом вопросе. Я полагаю, что нуждаются в этой операции только те врачи, которые недостаточно уверенно, настойчиво, а может быть, и недостаточно точно применяют усовершенствованный профилактический способ.

Заслуживает внимания в этом отношении последнее сообщение Stoeckel'я ¹ с немедленным родоразрешением экламптичек с последующим, если будут припадки, лечением

¹ Zentralbl. f. Gynaecol., № 3, 1927.

по профилактическому методу плюс кровопускание. Он получил 8,4% смертности на 119 случаев — несомненно блестящий результат. Однако, Zweifel на 316 эклампсий получил 8,5% смертности при самом решительном отрицании форсированного родоразрешения, а у меня даже 2,6% на 300 случаев.

К сожалению, в статье Stoeckel'я имеется резкое противоречие. На стр. 146 он пишет, что все умершие имели припадки до родоразрешения, а на стр. 147 он пишет, что среди умерших были две эклампсии в последовом и в послеродовом периодах. Также не указано там, сколько умерших было из перенесших кесарское сечение, — по его мнению самый бережный способ родоразрешения таких больных. При чтении его статьи получается впечатление, что по крайней мере 2 женщины погибли в связи с кесарским сечением: одна — перенесшая влагалищное кесарское сечение, причем наблюдался дальнейший разрыв матки и смерть от кровотечения, и другой случай, где была произведена операция Roggo у лихорадившей экламптики, умершей от сепсиса.

Данные Stoeckel'я, на мой взгляд, говорят только о том, что в прекрасно обставленных клиниках с хорошо обученным персоналом несмотря на ненужные, оперативные вмешательства больные все же от него не очень сильно страдали.

VII. При усовершенствованном профилактическом методе в первые 2—3 часа лечения более энергично вводятся наркотические. Нередко между первым и вторым введением наркотических и вторым и третьим мы хлороформируем больную в течение 10—15 минут и ускоряем ритм введения наркотических.

Отмечу наш способ хлороформирования: 1) хлороформ дается с большой примесью воздуха и 2) мы не применяем при этом насильственных мер: когда больная уклоняется, мы следим за нею маской и постепенно спокойно доводим до сна, который после введения морфия и хлорал-гидрата обыкновенно наступает очень легко. Вероятно в этом большом разведении и сравнительно малом количестве хлороформа при каждом отдельном его применении лежит объяснение его безвредности.

Должно отметить особую важность энергичного введения наркотических в первые часы лечения: леченные недостаточными дозами в этом периоде в дальнейшем труднее поддаются лечению.

Очистительных клизм у бессознательных больных как правило не делаем, разве в исключительных случаях при явном переполнении кишечника. При загрязнении тела больной

обтираем ее мокрыми теплыми полотенцами под хлороформом.

При явлениях угрожающего припадка хлороформируем больную в течение 8—10 минут, а при начавшемся устраняем больную от возможных повреждений (клин в рот). Во время припадка больную не хлороформируем — это бесцельно и вредно, так как больная не дышит и прежде всего нуждается в кислороде. В редких случаях однако клонические судороги продолжают несколько минут, и тогда больная дышит; здесь хлороформ может оказать большую пользу.

Для устранения асфиксии после припадка дается кислород. При явлениях начинающегося отека применяем сухие банки на грудную клетку спереди и сзади.

Попытаемся обосновать приведенную схему.

I пункт едва ли можно подвергать сомнению, так как внешние раздражения слишком часто вызывают припадок, и вероятно каждый акушер наблюдал это. Следовательно, стремление к возможному устранению всяких раздражений является безусловно необходимым.

Также рационален и II пункт метода. Морфий успокаивает болевую чувствительность, способствует сну и расширяет кожные сосуды и вероятно сосуды мозга, т.е. делает как раз то, что нам нужно: успокаивает больную, усыпляет ее и до некоторой степени устраняет спазм сосудов, создавая, таким образом, более энергичную кожную деятельность и лучшее снабжение кровью нервных центров.

Хлороформ и хлорал-гидрат — наиболее могущественные средства для устранения судорог вообще и спазма сосудов в частности. Этим они освобождают организм от губительного влияния припадков и связанного с ними огромного накопления токсинов. К сожалению, эти медикаменты небезразличны для сердца и для других паренхиматозных органов, но указанное хлороформирование — дробное по 2,0—3,0—5,0 с большим количеством воздуха (в течение суток 20,0—30,0) не так вредно, как при хирургических и гинекологических операциях. 7,0—9,0 хлорал-гидрата действительно огромная доза, и я согласен с проф. Кравковым о желательности испробовать для этого более невинные средства, как гедонал, веронал и проч., и в клиниках это следует испробовать, но для практики можно рекомендовать пока только что описанное, испытанное на тысячах больных, средство.

Небольшой опыт с гедоналом я имел и получил неблагоприятные впечатления, но, может быть, я брал слишком малые дозы.

Однако там, где экламптика слаба, и болезнь не в тяжелой форме, я допускаю замену хлорал-гидрата гедоналом (1,5—2,0) после введения 0,03 morphii muriat. и 4,0 хлорал-гидрата, т.-е. когда припадков нет уже 13 часов (следовательно, 5-е и 6-е введение).

Я считаю, что каждый припадок гораздо вреднее для организма, чем введение 2,0 хлорал-гидрата или 0,015 morph. mur.

IV пункт лечения не нуждается в мотивировке. Он общепризнан. Кроме перечисленных операций, нужно упомянуть и perineotomiam. Для ускорения прорезывания головки можно в некоторых случаях ограничиться этой небольшой операцией.

Кроме указанных ранее полезных сторон кровопускания Tigerstedt приписывает ему следующие явления: сердце совершеннее освобождается на высоте систолы. Оно стремится сделать ударный объем возможно большим. Пульс учащается. Первичное сокращение сосудов ведет к уравнению уменьшенного наполнения. Тканевая жидкость устремляется в сосуды. Вязкость крови понижается.

Как Hinselmanп, так и Neveгmanп наблюдали временное улучшение потока крови в капиллярах, сужение сосудов, а с ним и меньшие шансы на кровоизлияния.

Введение 800,0—1000,0 молока и физиологического раствора в организм экламптики считаю очень важным как для восполнения кожных, легочных и почечных потерь жидкости, так и для уменьшения вязкости крови.

Заслуживает большого внимания и исследования промывание кишечника, что рекомендует дублинский метод, который придает его очищению первенствующее значение и получает очень благоприятные результаты. До последнего времени я не обращал внимания на эту сторону дела. В нескольких случаях, однако, я его применил, но не получил сколько-нибудь ясного благоприятного результата. Промывание желудка едва ли заслуживает рекомендации. Экламптики по большей части уже раньше страдают эклампсизмом и принимают немного пищи. К тому же промывание желудка у бессознательной больной дело не вполне безопасное, как это показывает один смертный случай в клинике Zweifel'я в связи с промыванием, а посему оно может быть применено только в совершенно исключительных случаях при точно установленном

переполнении желудка. На 900 слишком случаев эклампсии я его ни разу не применял, и не раскаиваюсь в этом.

В последнее время Hochenbichler¹ рекомендует горное солнце для освещения экламптичек. Приведенные им данные очень интересны и заслуживают полного внимания и испытания там, где имеются соответственные аппараты.

Профилактика эклампсии совершенно совпадает с профилактикой и лечением эклампсизма. Должно отметить только следующее: если мы получаем больную с предвестниками эклампсии, мы укладываем ее в постель, содержим в тепле, очищаем клизмами или каскарой кишечник, делаем теплую ванну и даем маленькие дозы хлорал-гидрата (1,0—1,5) или веронала (0,6), 1—2 приема в сутки, а при головной боли можно ввести еще 0,01 morph. muriat; исследуем мочу и кровяное давление и при наличии белка назначаем молочную диету. Как правило первое время наблюдается улучшение и, если оно прогрессирует—выжидаем. Но если оно остается в одном положении или ухудшается в течение 2—4 дней, переходим к вызыванию родов вскрытием пузыря, применяя слабые дозы наркотиков 1—2 раза в день. Обыкновенно скоро наступают роды. Только в случаях недоразвития плода, при несрочной беременности, из-за желания матери спасти его мы иногда ждем некоторое время несомненно в ущерб матери, но делаем это только по обсуждению вопроса с родными больной. Такого же образа действий держимся мы при эклампсиях sub graviditate с прекращением припадков. Этим больная переводится в состояние эклампсизма и с нею поступают как с подобными больными.

Некоторые отрицают уместность названия описываемого метода профилактическим на том основании, что в нем не говорится о профилактике эклампсии. Последнее справедливо, так как метод только касается лечения уже развившейся эклампсии, а профилактике эклампсии должна быть посвящена отдельная глава. Что же касается лечения уже развившейся эклампсии, то основная главная мысль этого метода—предупреждение, профилактика дальнейших припадков, и по этой характерной особенности метода он может с полным правом носить наименование „профилактический“

Другие говорят, что метод не нов, что это вариант метода Veit'a и проч. никоим образом нельзя согласиться с этим, хотя отдельные части метода и рекомендовались

¹ Zentralbl. f. Gynaec., 1927, № 8.

кем-либо из нескольких тысяч авторов, писавших об эклампсии.

В чем же его новизна?

1) Я не знаю авторов, которые выставляли бы на столь видное место значение покоя и устранение всяких раздражений при эклампсии, как это делает профилактический метод. До сих пор еще Essen-Möller цитирует Barker'a и, повидимому, соглашается с ним: „экламптика после припадка не слышит, не видит, не чувствует“, в то время как профилактический метод придает большое значение бессознательному восприятию.

2) Я не знаю авторов, которые придавали бы такое преваляющее значение припадку.

3) Никто не подчеркивал профилактического введения наркотиков.

4) Никто не рекомендовал введение их в описанной комбинации в течение 24 часов, а иногда и более после окончания припадков.

5) Никто не давал описанных правил ухода за кожей, за почками, за легкими и за сердцем.

6) Никто не подчеркивал необходимость введения около 1000,0 жидкости в течение суток, положение на боку, дачу кислорода и проч.

Остается еще техника, которая может быть изучена лишь у постели больной. (Для примера укажу следующую: тяжелая экламптика лежит в палате, где скрипит дверь. Первым делом моего ухода было смазать дверь вазелином и устранить этот раздражающий звук.)

Наилучшим доказательством новизны метода служат его результаты; в то время как все авторы предсказание при эклампсии считают сомнительным, для незапущенных и незараженных экламптичек я устанавливаю всегда благоприятный прогноз.

Глубоко убежденный, что при правильном применении профилактического метода эклампсия в незапущенных случаях должна давать почти абсолютно благоприятное предсказание, для доказательства этого я ездил в Вену, Берлин и Лондон и как там, так и в Гейдельберге из 7 больных у 4 не имел ни одного припадка с начала моего лечения ($=57,1\%$), у одной — только 1 припадок ($14,3\%$) у второй — 2 припадка ($14,3\%$) и у последней 6 ($=14,3\%$).

Для получения большего материала я решил сделать опыт консультации по телефону, что, конечно, представляет суррогат, но, я убежден, что и этот суррогат способен сохранить жизнь некоторым больным.

Вот результат 2-летнего применения — к сожалению, крайне несовершенного — профилактического метода по телефону.

Более систематично он применялся в родильном доме им. Снегирева, где было за это время 136 случаев и в других учреждениях 6 случаев.

Из этого числа умерло 12 больных, из коих у пяти консультаций со мной не было, у двух потому, что меня не было в Ленинграде; у двух других эклампсия была не тяжелая (1 припадок), но одна больная погибла от разрыва матки, а другая — от кровотечения после родов, 5-я — без консультации со мной по случайным причинам.

Из оставшихся 7 — одна прибыла в учреждение почти в безнадежном состоянии, одна погибла от сепсиса через месяц после родов. У остальных 5 — консультация со мной была далеко не совершенная. Так, у одной консультация была после 16 припадков, когда больная была уже в безнадежном состоянии.

Все же было получено на 136 больных 8,8% смертности. Выключая тех, где консультации не было, на $131:7 = 5,3\%$ смертности, а если выключить безнадежных, то 3,9% — результат, которым можно быть довольным. Раньше смертность в родильном доме им. Снегирева была — 16,4%. Глубоко убежден, что с более совершенным применением консультации смертность должна быть значительно меньшей.

К сожалению, и число припадков там было довольно значительное, в то время как в своем докладе в Royal Society of Medicine в Лондоне я заявлял, что при идеальном лечении, уходе и обстановке я надеюсь получить в 90% немедленное прекращение припадков с начала лечения.

К счастью, это не только мечта, но осуществившийся факт. В апрельском номере Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynaecologie (B. XXI. N. I. April 1927) изложены прения по докладам Stoeckel'я и Lougos'a о лечении и этиологии эклампсии.

Прежде всего надо отметить, что все говорившие применяют мой метод с большим или меньшими отклонением и что результаты в общем много лучше бывших ранее: 6—13% смертности матерей.

За исключением проф. Freund'a — все против немедленного разрешения экламптичек, как это рекомендует Stoeckel.

Особенно жестокую критику его метода дал Sachs. По Lougos'у благоприятное действие моего метода подтверждается исследованиями известного английского физиолога Dale о влиянии наркотиков при анафилактическом шоке.

Наиболее интересные данные сообщены Jacob's'ом. Он принципиально применял Строгановский метод и из 48 больных получил лишь три смерти, из коих две больные прибыли умирающими (у одной смерть через 20 мин. по прибытии, у другой — на дому было бесчисленное количество припадков); третья больная погибла от пневмонии 3 недели спустя после родоразрешения.

Но самое важное, что из остальных 45 больных ни одна не имела ни одного припадка с начала лечения. Он подчеркивает, что до тех пор дает небольшие дозы хлорал-гидрата и морфия, пока больная не успокоится совершенно и не проснется с полным прояснением сознания.

Изложенное особенно рельефно подтвердило правильность моих положений и несомненно даст могучий импульс к широкому, а главное — к более точному применению усовершенствованного профилактического метода как в Германии, так и в странах, пользующихся немецкой литературой.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

ПРЕДЛЕЖАНИЕ И НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ.

Под предлежанием плаценты разумеют те случаи, когда во внутреннем зеве определяется ткань плаценты. Различают несколько разновидностей: *placenta praevia centralis s. totalis* — центральное предлежание детского места, когда внутренний зев, открытый по крайней мере на 3 пальца, весь заполнен плацентарной тканью и оболочки не достигаются. *Placenta praevia lateralis* — боковое предлежание плаценты, когда во внутреннем зеве определяется часть ее, закрывающая зев на 1—на 3 пальца, и наконец *placenta praevia marginalis*, когда в зеве ощупывается лишь край ее — краевое предлежание (рис. 17 и 18).

Такое подразделение принимается нами, Рапkow'ым и Zweifel'em, тогда как многие считают центральным предлежанием даже такие формы, когда зев повсюду закрыт плацентарной тканью при всяком открытии.

Сходная клиническая картина получается, когда плацента прикрепляется в нижнем сегменте матки, который в последнее время называют *isthmus uteri*, в той части, которая во время родов должна растягиваться и тем давать повод к отделению плаценты и кровотечению. Эта — *низкое прикрепление плаценты* (рис. 16).

Деление на *lateralis* — боковое и *marginalis* — краевое прикрепление настолько неопределенно, что некоторые авторы смешивают эти названия и к тому же краевое прикрепление с течением родов переходит в боковое, почему мы, как и некоторые другие авторы, эти две формы не разделяем и называем их частичными — *partialis*.

Это осложнение родового акта принадлежит к наиболее тяжелым и жизнеопасным. Почти ни одно из осложнений родов не требует такого быстрого вмешательства, как предлежание плаценты, так как запоздалое или же нецелесообраз-

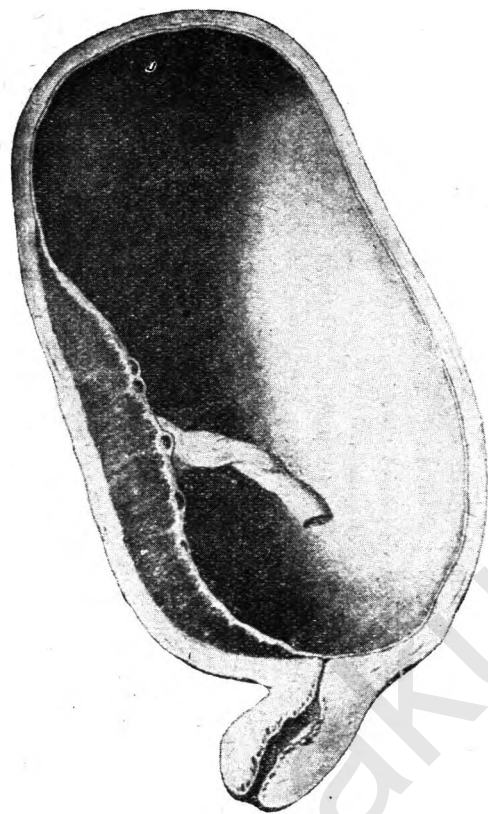


Рис. 16. Низкое приращение плаценты. (Из Бумма.)

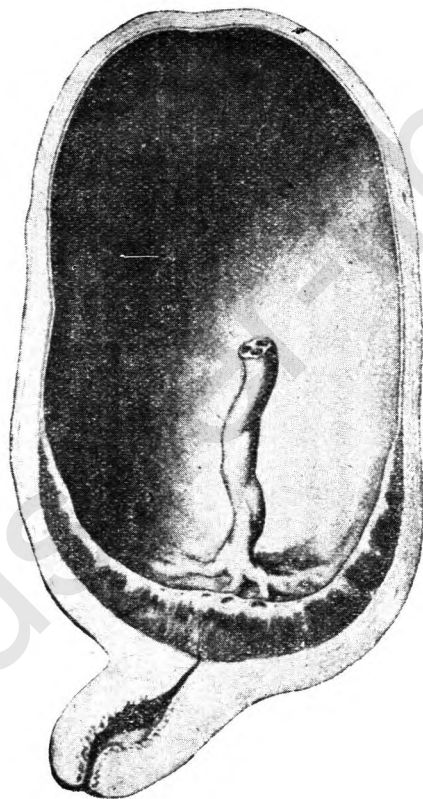


Рис. 17. Центральное предлежание плаценты. (Из Бумма.)

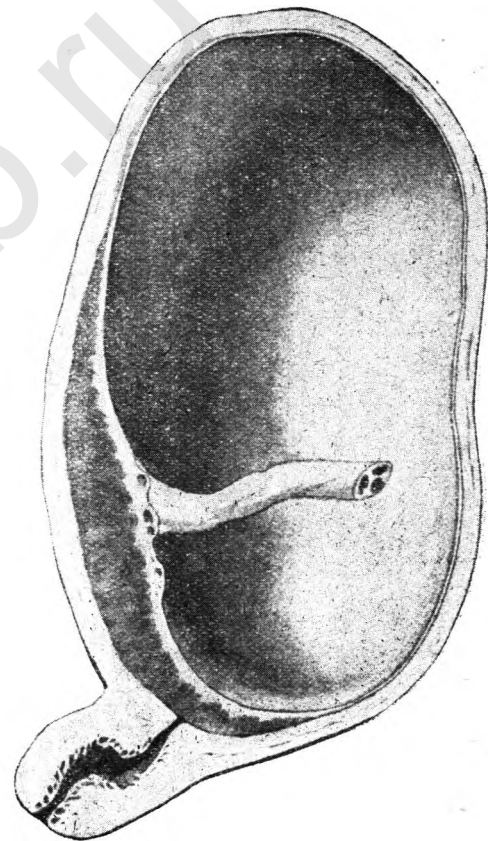


Рис. 18. Частичное предлежание плаценты. (Из Бумма.)

ное применение того или иного мероприятия стоит жизни и матери и плоду.

Кроме того, здесь сталкиваются интересы матери и плода, и жизнь плода нередко приносится в жертву ради спасения жизни матери.

К счастью, частота предлежаний плаценты невелика, судя по статистическим данным, хотя последние сильно расходятся в зависимости от того, обнимают ли материал клиник и родильных домов или целых округов и государств.

В общем следует считать, что предлежание плаценты встречается в 1 случае на 500—600 родов, как это принимают Hofmeier, Stoeckel, Rankow, что совершенно приемлемо и для нас, так как по данным ленинградских родильных приютов (а их можно считать наиболее показательными, потому что 80% населения города разрешалось в них) на 69 469 родов было 115 placenta praevia, т.-е. 1:604.

Кровотечения, разрывы нижнего сегмента матки и инфекция— вот те опасности, которые грозят матери при этом осложнении. Насколько они велики и по сей день, указывают данные немецких клиник, собранные Hitschmann'ом, обнимающие 5116 случаев. Общая смертность при предлежании последа = 7,6%, причем от кровотечений умерло 5,8% и от сепсиса 1,8%. Грозность этих цифр видна из сравнения со среднею смертностью от послеродовых заболеваний, составляющей 0,08—0,2%. Данные Лондонского конгресса, обнимающие 5615 случаев, дают близкую цифру, а именно 8,05%. Mac Donald на 8625 случаев placenta praevia нашел смертность матерей 7,22%.

Михайлов определяет смертность матерей в наших родильных учреждениях от кровотечения 10,4% и от сепсиса 4,1%. Нужно отметить, что последние цифры охватывают очень большой и давний период времени.

Должно принять во внимание, что эти данные обнимают случаи клиник и больниц, где больные поставлены в лучшие условия и где немедленно принимаются все необходимые мероприятия. Если же предлежание плаценты протекает вне больниц, то исходы несравненно печальнее и еще большее число матерей гибнет от этого осложнения. Так, Ahlfeld в частной практике принимает смертность матерей в 25%. В Баварии placenta praevia дала 22,7% смертности матерей. De Lee, статистика которого обнимает 20 стран, определяет смертность в 19%.

Несравненно худшие результаты, можно сказать даже удручающие, получаются для плодов. Так, при родоразрешении по Вгахтон Никс'у только около 20% детей остаются в живых. В общем смертность детей по различным статистикам колеблется в пределах от 40 до 80%, тогда как в нормальных условиях она равна 4% — 6%.

ЭТИОЛОГИЯ.

Этиологические моменты placentaе praeviae могут быть собраны в две группы: 1) Все то, что способствует опущению яйца к внутреннему зеву. 2) Все, что способствует образованию большой плаценты.

Ad 1. а) Наибольшее значение для развития placentaе praeviae имеет многоорождаемость и обусловленная ею вялость матки. Полость матки приэтом может иметь в общем большую величину, мускулатура ее более ослаблена, и заболевания слизистой должны встречаться чаще. Более широкая полость ведет к менее тесному соприкосновению яйца со стенкой матки, а большее скопление отделений естественно будет препятствовать прикреплению яйца к слизистой, а также создает благоприятные условия к тому, что яйцо будет смыто вниз вместе с направляющейся туда слизью. Почти все статистики говорят, что эта аномалия преимущественно встречается у многоорождающих. На 3011 случаев placentaе praeviae, собранных Рапков'ым, было 11,3% первородящих и 88,7% повторнородящих, между тем как в клиниках и родильных домах процент первородящих — около 30 (Михайлов). Приблизительно то же встречаем мы у Михайлова почти на 100 000 родов: первобеременных, имевших это осложнение, было 12,2% и повторнородящих 87,8%.

В Государственном акуш. - гин. институте процент первородящих был больше, а именно 20,6%.

б) Давнее заявление многих авторов о влиянии тяжелой работы я нахожу также логически обоснованным. При сильных напряжениях, как, например, при поднятии значительных тяжестей, напрягаются мышцы живота, и поднимается внутрибрюшное и внутриматочное давление. Жидкость, находящаяся в матке, будет выдавливаться по направлению к шейке и влагалищу и будет уносить с собою находящееся там яйцо. Груздев указывает еще на одну возможность placentaе

praeviae. Если яйцо поступило в матку при еще незакончившейся менструации, оно может быть занесено струйками менструальной крови в нижний сегмент матки.

с) Тому же способствует патологическое усиление работы ворсин эпителия слизистой матки, создавая более быстрый ток ее содержимого и увлекая яйцо книзу.

д) Большое значение в настоящее время придают свойствам яйца. Jolly и Meyer первые высказали мысль, что яйцо не всегда обладает одинаковой способностью к привитию, что оно должно достигнуть известной степени зрелости, так называемой „имплантационной зрелости“ (Nidationsfähigkeit). Яйцо созревает во время прохождения через яйцепроводы, становясь вполне зрелым при достижении полости матки, где и внедряется в ее слизистую. В случаях преждевременной зрелости оно имеет тенденцию привиться на слизистой трубы и тогда развивается внематочная беременность. Наоборот, при запоздалом созревании, при пониженной энергии яйца оно может в матке опуститься вниз и привиться более или менее недалеко от внутреннего зева.

е) Еще понятнее происхождение placenta praeviae при ненормальном соединении трубы с маткой. Ingleby описал случаи, когда женщина при десяти родах имела placenta praeviam. При вскрытии оказалось, что трубы открываются недалеко от внутреннего зева.

Ad 2. Большая плацента естественно скорее достигнет внутреннего зева и поэтому все, что способствует такому образованию, благоприятствует рассматриваемой аномалии.

а) Так, двойни несомненно благоприятствуют placenta praeviae. Strassman на 476 двоен имел 11 placenta praevia, т. е. в одном случае на 41 двоен, между тем как одна placenta praevia встречается на 500—600, а в германских клиниках на 89 родов. С другой стороны, на 231 случай placenta praevia, он встретил 4 двойни, т. е. в одном случае на 58 родов, в то время как они встречаются обыкновенно в одном случае на 90 родов.

д) Повидимому, атрофическое состояние слизистой матки, сопровождающееся богатым развитием соединительной ткани и являющееся результатом перенесенных эндометритов, выскабливаний, всевозможных внутриматочных химических воздействий, включая так часто ныне применяемое впрыскивание иодной настойки с целью предохранения от беременности, способствуют развитию этой аномалии. Очень демонстрати-

вен в этом отношении случай Вепеке, в котором развилась placenta praevia, занимавшая почти всю полость матки после применения вапоризации. Яйцо, не находящее для себя достаточного питания в данном участке, стремится восполнить недостаток, распространяясь по поверхности, нередко в разных направлениях.

Большие плаценты, фестончатые, с придаточными долями, с боковым или краевым прикреплением пуповины отмечаются некоторыми авторами при этой форме.

Вероятно, многоплождаемость или частые роды способствуют этой аномалии отчасти также благодаря истощению слизистой матки.

Отмеченное некоторыми авторами частое появление placenta praevia при фибромиомах должно отнести также на счет изменений при них слизистой оболочки.

АНАТОМИЯ.

Согласно последним исследованиям Aschoffa и других авторов, в настоящее время мы различаем в матке три отдела: тело, перешеек (isthmus) и шейку. Средний отдел отделяется от шейки внутренним зевом, точнее начинается от него. Верхняя граница находится там, где брюшина тесно срастается со стенкой матки, где находится большой поперечный синус и где в конце беременности начинается толстая часть матки. Это будет то место, где образуется при трудных родах так называемое контракционное кольцо, или кольцо Бандля (рис. 19).

В области isthmus стенка матки отличается и по строению от тела матки. Так, эпителий слизистой представляется более низким, слизистая — более тонкой, железы меньше и менее вертикальны, чем в теле, мускулатура менее развита, чем в теле. В конце беременности этот отдел занимает пространство приблизительно на 8 сантиметров от внутреннего зева. Признавая децидуальную ткань за проявление защитительной реакции организма, приходится отметить, что в этом отделе она выражена слабее, чем в теле матки.

Переходя к развитию placenta praevia, можно отметить четыре возможности.

- 1) Яйцо привилось в области тела, чаще всего по близости от isthmus'a и разрастаясь переходит в область перешейка и может дойти до внутреннего зева и даже закрыть его.

2) Другая возможность — это настолько обширное разрастание *placentae*, что она закрывает всю стенку матки на одной стороне от дна до внутреннего зева всецело, покрывая его. Прекрасный образец последнего имеется в атласе Leopold'a: „Uterus und Kind“. Эти формы обыкновенно менее важны, образуя частью низкое прикрепление плаценты, частью *placenta praevia partialis*. Так как большая часть плаценты при этом находится в теле матки, то изменения в перешейке не очень значительны.

3) Гораздо тяжелее те формы, при которых яйцо, первично привилось в области *isthmus*. Именно они дают глав-

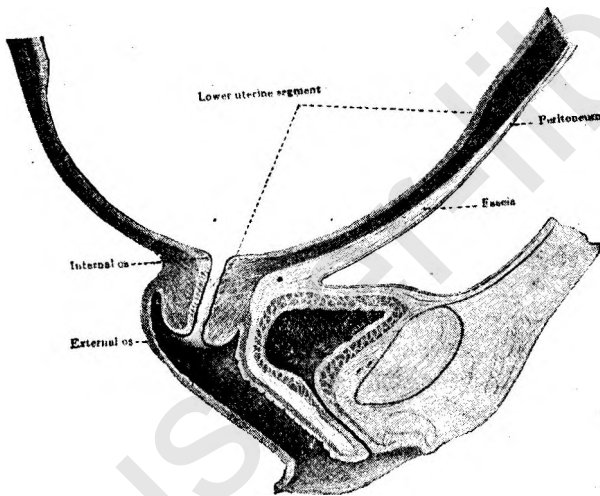


Рис. 19: Шейка и нижний маточный сегмент к концу беременности. (Из De Lee.)

ным образом центральные предлежаия и к тому же значительно нарушают структуру *isthmus'a*.

Децидуальная ткань развивается здесь в недостаточном размере, и нередко ворсины проникают в мышечный слой, разъединяя волокна и производя даже частичную дегенерацию их. Так как плод получает питание только из этого места, тут наблюдается могучее развитие сосудов, и относительно небольшая способность к сокращению этого отдела еще более этим ослабляется. К тому же наблюдается иногда и отечность.

Из изложенного видно, что условия для послеродовых кровотечений будут здесь в высокой степени благоприятны.

4) Четвертая возможность образования *placenta praevia* из *placenta reflexa*, что впервые описал Hofmeier. Что это возможно, за это говорят случаи развития придаточных долей плаценты на большом расстоянии от главной массы плаценты. В Акуш.-гинекологическом обществе Ленинграда была однажды продемонстрирована плацента, имевшая придаточные дольки (около 20) по всей поверхности яйца. Очевидно в этом случае была *placenta reflexa*, и если бы она находилась в области внутреннего зева, она срослась бы с ним и дала бы *placenta praevia*.

Наиболее тяжелую форму представляет *placenta praevia cervicalis*, когда плацента развивается также и в шейке матки, следовательно, в той части, которая менее всего предназначена для этого природой. В настоящее время описано около 20 таких случаев, причем течение их было настолько неблагоприятно, что почти все высказываются за применение при этом удаления матки.

Placenta praevia cervicalis развивается, как правило, сначала вне шейки и только впоследствии край врастает в стенку шейки, чрезвычайно сильно нарушая ее структуру. Точно установленной первичной шеечной предлежащей плаценты пока еще не описано.

Что касается причин кровотечения, то при этой аномалии они находятся в связи главным образом с растяжением нижнего маточного сегмента в конце беременности, а также под влиянием случайных маточных сокращений или какой-либо травмы. Отношения здесь будут совершенно иными, чем при нормальном прикреплении плаценты. При последнем сокращения матки повышают внутриматочное давление, и плацента тем сильнее прижимается к стенке матки, чем сильнее сокращение.

Иначе обстоит дело при рассматриваемой аномалии. Давление в области канала шейки матки при ее сокращениях не изменяется, и плацента стремится опуститься в него. В то же время стенка шейки стремится при сокращениях матки отойти наружу и вверх. Таким образом яйцо и шейка матки стремятся двигаться в прямо противоположных направлениях, — естественно, тонкие стенки межворсинчатых пространств при этом надрываются, и происходит кровотечение.

Уже из этого описания видно, что кровотечение происходит из материнских сосудов, плод теряет кровь только в том случае, если одновременно разрывается и плацента.

Переходя к описанию анатомических отношений при *placenta praevia*, приходится отметить, что при секции чаще всего находят картину острой анемии. Вышеприведенные клинические данные *Hitschman*'а также указывают, что смертельный исход в 5,8% зависит от кровотечений и в 1,8% от сепсиса. В наших случаях это кровотечение было обусловлено разрывами шейки матки, частью и ее тела. Из 6 умерших больных в связи с *placenta praevia*, опубликованных *Виридарским*, *Чапиным*, *Марковским* и *Поволоцкой*, у трех были большие разрывы, две погибли от *sepsis*'а и только одна от атонического кровотечения. Мои наблюдения обнимают группу в 216 случаев (2,8% смертности), а если к ним присоединить 109 случаев низкого прикрепления плаценты, то эта группа увеличивается до 325 (1,8% смертности). Из неопубликованных в другие годы я вспоминаю еще случай смерти от разрыва шейки матки.

Привожу эти данные для доказательства того, что нижний сегмент матки хотя и ослаблен несколько в отношении сократительности, но далеко не так, как это утверждали *Sellheim*, *Krönig* и другие, требующие применения кесарского сечения почти в каждом случае *placenta praevia*.

Если из 300 случаев только один окончился смертью от атонического кровотечения, то нет оснований у таких женщин делать операцию, несомненно дающую большую смертность.

Наши наблюдения не единичны. Клиника *Pinard*'а, *Leopold* и другие исследователи также получили минимальную смертность.

Все же нужно признать за шейкой матки при *placenta praevia* повышенную склонность к разрывам и понижение сократительности. Вышеописанное огромное развитие сосудов в этом тонком отделе матки, глубокое проникновение ворсин делают понятными и объяснимыми эти явления.

Так же легко объяснима частота септических заболеваний при этой форме. Сильные кровотечения подрывают защитительную способность этих женщин, а близость плацентарной площадки делает легким занос инфекции из влагалища в наиболее опасное место. Тому же способствует и обилие акушерских операций, неизбежных при данной форме.

Должно отметить предрасположение этих женщин к воздушной эмболии, в общем очень редкому явлению, которое

мы встречаем относительно часто при разбираемой аномалии. Зияние кровеносных сосудов, проведение руки и, в особенности метрейринтера, которые могут действовать как поршень в узком канале шейки, делают понятным это явление.

Я не думаю, чтобы исследования проф. Ильина и др. на собаках, показывающие, что для смерти от воздушной эмболии требуется очень большое количество воздуха, давали право отрицать это клинически установленное явление. Наши пациентки с *placenta praevia* очень часто имеют больное сердце уже до беременности, которое еще более изнашивается в течение беременности и родов с тяжелым кровотечением. При таких условиях уже незначительная эмболия может оказаться фатальной. Собаки с нормальным сердцем, конечно, представляют иные условия.

Плацента представляет нередкие отклонения от нормы. Очень часто она велика и тонка, края ее фестончаты, а пуповина нередко прикрепляется сбоку или даже к оболочкам. Это находит объяснение в неблагоприятных условиях развития ее в нижнем сегменте матки, о чем было сказано выше.

СИМПТОМЫ.

Кровотечения во время беременности и в начале родов суть главнейшие признаки *placenta praeviae*. В большинстве случаев кровотечения эти появляются без всякого видимого повода, совершенно безболезненно, иногда ночью. Первое кровотечение редко достигает значительной силы, хотя при *placenta isthmica primaria* и при *placenta cervicalis* уже и первое кровотечение может быть угрожающим. Чаще кровотечение прекращается само собою, беременность продолжается, женщина и окружающие ее успокаиваются до тех пор, пока не появляется новое кровотечение, более сильное. В некоторых случаях оно останавливается, как и первое, в других оно сопровождается родовой деятельностью.

Кровотечения в первую половину беременности, как правило, говорят об аборте, хотя и здесь в некоторых случаях причиной его будет *placenta praevia*; кровотечения в последние 3 месяца без видимых причин патогномичны для предлежаний. Происходят они от того, что физиологическое растяжение нижнего сегмента матки в последние месяцы вызывает разъединение между плацентой и маточной стенкой, благодаря чему

открываются межворсинчатые пространства. То же может быть результатом случайных маточных сокращений.

При глубоком проникновении ворсинок, когда имеет место вскрытие больших материнских сосудов, кровотечение может быть очень грозным.

Итак, кровотечения могут быть во время беременности, не вызывая родовой деятельности. В других случаях они сопровождаются преждевременными родами или сопровождают произвольные роды, наступившие ранее срока. Наконец, в большом числе случаев они появляются незадолго или во время срочных родов.

Кровотечения начинаются тем раньше, чем значительнее предлежание последа.

Процент преждевременных родов при данном осложнении очень велик, от 40 до 60%. На материале Rankow'a было 55,7% срочных родов и 44,3% преждевременных. По Михайлову преждевременное прерывание беременности наблюдалось в 58,8%, по Марковскому в 61%, по Поволоцкой в 57,9%. Число преждевременных родов на всем материале за тот же период у последней наблюдалось в 8,6%.

При атипическом прикреплении плаценты наблюдается богатство неправильных положений.

Вот данные различных авторов.

	Михайлов	Марковский	Поволоцкая	Müller	Beckmann	Doranth
Головные	78,5%	76%	78,5%	76%	70,6%	
Ягодичные	10,6 »	10,8 »	18,7 »	24 »	5,6 »	
Поперечные	10,8 »	13,2 »	2,8 »		23,8 »	24%

На основании литературных данных, обнимающих около 3000 случаев, головное предлежание встретилось в 72,5% против 96,4% при нормальных отношениях; ягодичные в 11,5% против 4% и поперечное в 16% против 0,6.

Частота неправильных положений объясняется прежде всего вялостью матки, которая представляет главный этиологический момент этой аномалии, затем частотою преждевременных родов, при которых и без наличия предлежания бывает значительное число неправильных положений. Далее, преобладание многорождающих с вялыми брюшными стенками, что также предрасполагает к неправильным положениям, и, наконец, без сомнения расположение последа в нижнем сегменте препятствует фиксации головки в тазу и спо-

способствует образованию поперечных и косых положений. За это говорит между прочим то, что и у перворождающих при placenta praevia чаще наблюдаются неправильные положения.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ.

Слабые и малопродуктивные схватки, медленное раскрытие зева и продолжительность первого периода — характерные черты родов при этой аномалии. Отмеченная выше вялость матки — главная причина этому, кроме того, расположен-

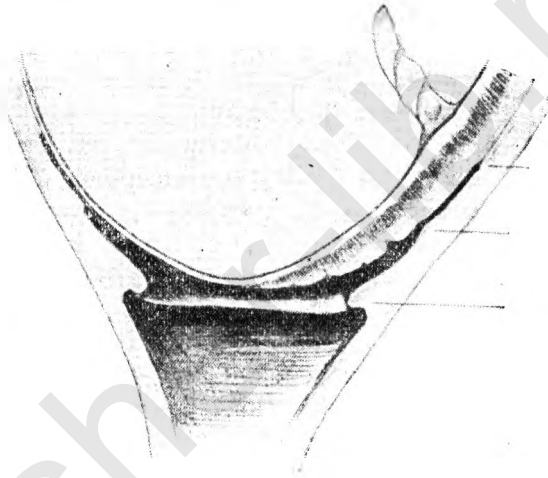


Рис. 20. Предлежание плаценты. Оболочки целы. Плод и воды двигают пузырь и плаценту книзу. (Из Бумма.)

ная в перешейке плацента препятствует раскрытию зева. Далее, расположенная на внутреннем зеве плацента уменьшает давление головки на нижний сегмент, что, как известно, рефлекторно вызывает усиление схваток. Возможно также, что предлежание плаценты, вызывающее такое глубокое изменение в тканях нижнего сегмента, сказывается и на понижении возбудимости цервикальных ганглиев.

Общая анемия организма и ослабление его вследствие кровопотерь также способствует слабости родовой деятельности, не говоря уже о том, что при преждевременных родах у многоорождающих первичная слабость более встречается нередко.

Каждая схватка, ведущая к раскрытию шейки, сочетается с большим или меньшим отделением плаценты и следовательно,

с нарушением сосудов, почему в первом периоде мы наблюдаем кровотечение, угрожающее жизни матери. В общем они тем больше, чем значительнее предлежание плаценты, хотя бывают случаи, когда даже при центральном предлежании кровотечения настолько ничтожно, что не требуется даже вскрытия пузыря при малом открытии. Последний был разорван почти при совершенном зеве, когда и родился слабый недоношенный ребенок. Такой случай я наблюдал один раз; имеются описания в литературе.

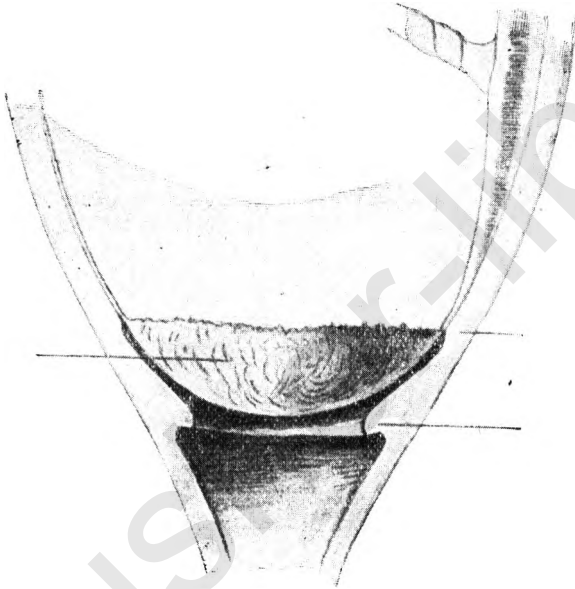


Рис. 21. Пузырь вскрыт, головка опускается одна книзу и прижимает плаценту к стенке матки.

Как только разорвался пузырь, отношения резко меняются. В то время как при целом пузыре все яйцо продвигается книзу, а шейка матки с нижним сегментом поднимается кверху, после разрыва пузыря послед и оболочки получают возможность двигаться кверху вместе со стенкой матки, в то время как один плод продвигается книзу (рис. 20 и 21).

Кроме того, опускающаяся головка прижимает отделившуюся часть плаценты к стенке матки, играя как бы роль тампона. Кровотечение вследствие этого резко уменьшается или даже прекращается.

Если роженица не слишком обескровлена, роды в дальнейшем могут протекать довольно гладко и скоро, благодаря

главным образом небольшим размерам плода и вялым мягким частям. Быстрое движение родов грозит даже новой опасностью: если разрыв пузыря произошел при недостаточно раскрытом зеве, последний может разорваться. По Zweifel'ю разрывы шейки матки встречаются здесь в 7%, по Дункану — в 6%, а по Meuser'у — в 8,7%.

Даже маленькие разрывы дают при этом значительное кровотечение, а при больших оно с трудом останавливается.

Оперативные пособия с быстрым родоразрешением при несовершенном зеве значительно увеличивают опасность разрывов и нередко приводят к смерти.

Нормальное течение третьего периода часто также нарушается благодаря отчасти слабости маточных сокращений, отчасти частичному его приращению. Эти же обстоятельства ведут нередко к кровотечениям настолько серьезным, что требуется ручное отделение плаценты, которое по Müller'у наблюдалось в 22,8%, по Гугенбергеру в 26%, по Doganthy'у в 11,1% и по Schweizer'у в 13%, тогда как при нормальном прикреплении эта серьезная операция встречается лишь в 1,6% случаев (Улинский).

Задержание частей плаценты — нередкое осложнение, которое обуславливает кровотечение.

Тяжелые кровотечения наблюдаются также и в послеродовом периоде как вследствие плохой сократительной и ретракционной способности вялой и обескровленной матки, так и вследствие сильно кровоточащих — хотя бы и небольших — разрывов шейки матки.

Уже теоретически шансы на паралич плацентарного места при данной аномалии значительно возрастают, что и служило между прочим основанием для Krönig'a, Selheim'a и Pankow'a широко применять кесарское сечение. Hoffmeier считает это мнение сильно преувеличенным, к чему и я вполне присоединяюсь, так как на 325 случаев мы имели лишь один случай смерти от атонии при placenta praevia и три в связи с разрывами.

Итак, женщина с предлежанием плаценты находится под постоянной опасностью кровотечений от начала до конца беременности и родов и непосредственно после них. Следствием этих кровотечений может быть смерть женщины, развитие острой и хронической анемии, а также и другие заболевания.

Повторяющиеся кровотечения суммируют эффект, и кумулятивное действие их быстро ведет к опасному обескровли-

ванию организма, восстановительная способность которого значительно понижена.

Это обстоятельство надо помнить и с самого начала принимать наиболее энергичные меры в борьбе с кровотечением.

Как было упомянуто раньше, женщине при *placenta praevia* грозит еще опасность вхождения воздуха и жидкости в зияющие кровеносные сосуды. При каждом открытии влагалища, при каждом ручном внутреннем исследовании воздух попадает во влагалище и оттуда может проникнуть в кровеносные сосуды матери и обусловить воздушную эмболию. При влагалищных спринцованиях и душах, в особенности, под высоким давлением, жидкость также может попасть в материнские сосуды и причинить отравление.

В дальнейшем женщине грозит опасность инфекции. И при нормальных условиях плацентарная площадка нередко служит входными воротами для тяжелых инфекций вследствие обилия сосудов, благодаря чему попавшие сюда микроорганизмы чрезвычайно легко попадают в общий круг кровообращения. Но в этих случаях она расположена в области биологически асептической, далекой от частей, содержащих микробы.

При предлежании плацентарная площадка находится близко к отделам, содержащим микробы. Последние исследования устанавливают, что во влагалище рожениц случайно могут находиться активно-патогенные формы, но еще чаще такие микробы, которые при нормальном течении родов не проявляют патогенности, но могут проявить ее при благоприятных к тому условиях. Последние как раз имеются при *placenta praevia*. Кровотечение, кровяные сгустки, раннее отхождение вод при длительном течении родов, наконец, исследования и различные оперативные мероприятия нарушают нормальные отношения полового канала и способствуют как проявлению патогенных свойств, так и занесению этих микробов на плацентарную площадку. А так как защитительные силы у этих женщин значительно понижены, то опасность еще более увеличивается.

Для плода опасность неизмеримо большая. Они гибнут от недостатка кислорода, так как с прогрессирующим отделением плаценты уменьшается его доставка плоду; доставка кислорода может еще уменьшаться, когда, с целью остановки кровотечения и спасения матери, предпринимаются мероприятия, сдавливающие плаценту. Даже разрыв пузыря может

способствовать этому. Тому же способствует и низкое положение пуповины и возможное ее прижатие.

Большая смертность плодов находится также в связи с большим количеством преждевременных родов. Нужно отметить, что при этой аномалии наблюдаются более слабые дети, чем при нормальных условиях, что является понятным уже на основании этиологических моментов *placentae praeviae*.

РАСПОЗНАВАНИЕ.

Уже одно появление кровотечения без видимой причины во второй половине беременности заставляет думать о предлежании плаценты и если имеется некоторое расширение зева, так как дело идет обыкновенно о многоорождающих, то плацента может быть определена пальцем в виде характерной губчатой шероховатой ткани. Если же открытия нет, то распознавание представляется не столь точным. Особая рыхлость влагалищной части шейки и нижнего сегмента, резкая пульсация сосудов в сводах и плохое ощупывание предлежащей части характерны для этой формы.

Если кровотечение сразу достигает значительной степени, то нужно думать о центральном предлежании, частичное же дает более умеренную потерю крови, хотя бывают и исключения.

Можно смешать разбираемую форму с кровотечениями из разрывов варикозных узлов, при полипе, при раке и при преждевременном отделении нормально сидящей плаценты.

Разрывы варикозных узлов в половом канале представляют большую редкость, и простой осмотр решает вопрос о причине кровотечения. Сильное развитие варикозных узлов наводит на мысль о подобном источнике. Самое кровотечение отличается своею непрерывностью.

Полип дает ничтожные кровотечения, обыкновенно сопровождается белями, представляя хроническое течение. Внутреннее исследование ясно обнаруживает, с чем мы имеем дело. Его форма, гладкая поверхность, хорошо выраженная ножка делают диагноз простым.

Если влагалище и шейка матки заполнены сгустками, едва ли последние могут быть приняты за ткань плаценты. Сгустки рыхлы, гладки, легко разрываемы, тогда как ткань плаценты плотна, шероховата, трудно разрываемая и губчатая.

При *раке* кровотечения бывают длительными и небольшими, не стоят в зависимости от родовой деятельности и как правило не бывают угрожающими. Характер кровоотделений иной, кровь почти никогда не бывает алой, за редким случаем разрушения раковым процессом большого сосуда. Обычно она смешана с гнилостными серозно-гнойными выделениями.

При исследовании шейка матки при предлежании определяется более или менее нормальной, а при раке она бугристая, плотная, нередко имеет видимые изъязвления.

Преждевременное отделение нормально сидящей плаценты дает преимущественно внутреннее кровотечение. Если даже при нем имеется наружное кровотечение, бросается в глаза несоответствие между видимой потерей крови и тяжелым острым малокровием роженицы. Живот напряжен, в особенности матка—слегка болезненная, ясно контурируемая. Части плода не прощупываются вследствие напряжения матки, сердцебиение плода не выслушивается, и больная не чувствует его движения. Нередко определяется белок в моче, а иногда и нефрит. Картина очень характерная, и при наличии указанных симптомов диагноз ясен.

Гораздо труднее диагноз при незначительном отделении плаценты, когда плод остается живым, и кровотечение небольшое, но эти случаи наблюдаются редко. Повторные кровотечения говорят за *placenta praevia*, и только при дальнейшем течении беременности и родов можно установить точный диагноз. В общем ранняя смерть плода представляет один из характернейших признаков преждевременного отделения нормально сидящей плаценты, в то время как при *placenta praevia* плод погибает очень поздно, по большей части в момент родоразрешения.

ЛЕЧЕНИЕ.

Вопрос о лечении предлежащей плаценты занимает в настоящее время умы акушеров, так как все применявшиеся до последнего времени методы представлялись неудовлетворительными как в отношении матери, так в особенности плода.

В настоящее время конкурирующими методами являются так называемые старые методы, ставящие на первый план жизнь матери, — разрыв пузыря, метрейриз, поворот полной

и неполной рукой, а с другой стороны, различные виды кесарского сечения, так называемые *Schnittentbindung*.

В связи с массовой гибелью молодых жизней во время мировой войны и понижением рождаемости, в культурных странах жизнь плода оценивается все выше и некоторыми акушерами ставится наравне с жизнью матери. А хирургический метод несомненно дает большее число живых детей.

По мнению многих представителей клиник последний способ родоразрешения есть шаг вперед в терапии *placentae praeviae*. „Уверенность, что с помощью этой операции и мать и дитя избегают жизнеопасной ситуации, — говорит *Selheim*, — делает ее почти во всех случаях операцией выбора“. Почти теми же словами говорит Яшке: „Уверенность, что с помощью *Schnittentbindung* даже и при *placentae praeviae* каждый живой и жизнеспособный ребенок может быть спасен без большой опасности для матери, есть основание для пропагандирования этого метода“.

Однако, в литературе раздаются и скептические голоса, строго ограничивающие показания и считающие возможным применять абдоминальное кесарское сечение лишь в случаях неинфицированных, даже неисследованных, а тем более не тампонированных и лишь при живом и жизнеспособном плоде. Керер заявляет, что такие случаи встречаются не часто. *Hofmeier* признает кесарское сечение операцией, до известной степени опасной.

Очевидно, показания к кесарскому сечению у различных авторов при рассматриваемой аномалии будут различны. Так, *Seitz* и *Schweinholz* советуют производить цервикальное кесарское сечение уже в конце беременности. При кровотечении женщина не исследуется и не тампонируется, а доставляется в ближайшую клинику для производства кесарского сечения. Смерть ребенка не является противопоказанием, так как кесарское сечение производится с целью предотвратить растяжение и разрывы нижнего сегмента. Того же мнения держится *Labhard*. *Wagner* советует производить кесарское сечение не только при центральном предлежании, но и при латеральном. Даже и при мертвом плоде необходимо применять его, чтобы возможно скорее освободить женщину от опасности погибнуть от кровотечения. Такое же мнение высказывали и некоторые русские акушеры (*Янкевич*, *Соколов*, *Щербина*), выступавшие на VI съезде русских акушеров в Москве.

Stoessel высказывает положение, что для кесарского сечения, как и для других методов, имеет силу правило: „чем раньше, тем успешнее“. Его метод действий следующий. При первом кровотечении женщина направляется в клинику и ожидает жизнеспособности плода. Строгое постельное содержание. Если наступает сильное кровотечение или появляются схватки, то женщину отвозят в операционную и только там впервые, когда все готово для кесарского сечения, исследуют вагинально. Если находят краевое предлежание или частичное при головке, то разрывают пузырь и дают питуитрин. Во всех же случаях, где раньше применяли поворот или метрейриз, производят абдоминальное цервикальное кесарское сечение, если нет видимой инфекции и плод жизнеспособен. При мертвом плоде и при явной инфекции возможно быстрое вагинальное родоразрешение, при несовершенном зеве — *hysterotomia anterior* с поворотом на ножку и с перфорацией последующей головки.

Для Rankow'a величина предлежащей части плаценты не является показателем для выбора той или иной терапии. В начале родов, по его мнению, нельзя с уверенностью сказать, с каким видом предлежания имеем дело — с тотальным или частичным, так как с течением родов первоначальная картина может резко измениться. Далее, главное значение имеет не величина предлежащей доли, а глубина ее прорастания в стенку матки, так что и при частичном предлежании плаценты могут наблюдаться очень тяжелые кровотечения во время родов и после них. Клиническое исследование не дает возможности поставить точный прогноз, почему в интересах матери и плода кесарское сечение, по мнению Rankow'a, должно быть применяемо в широких размерах.

Rankow полагает, что оно противопоказано тогда, когда сильное растяжение нижнего сегмента уже закончено. Оно должно производиться при зеве, открытом не шире, чем монета в 5 марок (около 2 пальцев). Только в случае сильного кровотечения и если зев всюду прикрыт плацентой, кесарское сечение производится и при большем открытии.

При нежизнеспособном плоде Rankow отказывается как от абдоминального, так и от вагинального кесарского сечения, прибегая к расширению шейки при помощи баллона Гарнье с последующим поворотом по Влахтон-Никс'у. В исключительных случаях при жизнеопасных кровотечениях и целой

шейке в интересах матери он делает кесарское сечение и при мертвом и нежизнеспособном плоде.

Zweifel резко ограничивает показания к кесарскому сечению. Он ставит для этого следующие условия: полное предлежание плаценты, раскрытие шейки не двигается вперед, маточный зев неподатлив, женщина очень обескровлена, ребенок жив и жизнеспособен, женщина не инфицирована.

Микулич-Радецки подчеркивает, что абдоминальный путь показан только для некоторых случаев: у неинфицированных с доношнным плодом и с плацентой, покрывающей зев, раскрытый на 2 пальца. Оценку этого метода лучше всего можно получить при суммировании результатов, опубликованных различными авторами.

Мы собрали 855 случаев кесарского сечения с 53 смертными случаями = 6% и со смертностью детей, равной 11,8%.

Таким образом, цифры указывают на то, что кесарское сечение отнюдь не является таким безопасным вмешательством для матери, как его многие представляют. Кроме того, необходимо при сравнительной оценке методов учитывать еще и следующие обстоятельства.

Несомненно, новый способ применялся наиболее опытными лицами, как правило — шефами клиник, что влекло за собою особенно тщательный уход и подготовку таких больных. А внимательный уход за тяжелой больной имеет большую цену. Даже при таких условиях получилась значительная смертность — в 6%.

Если кесарское сечение при узком тазе дает в настоящее время в среднем 2—3% смертности, то, естественно, при предлежании плаценты у ослабленных кровотоком женщин она будет еще значительнее. Но абдоминальное кесарское сечение имеет много и других невыгод, которых не следует забывать.

1. После кесарского сечения остаются нередко сращения маточной раны с брюшной стенкой или с соседними органами. Если при сечении в нижнем сегменте матки они будут наблюдаться реже, чем при классическом кесарском сечении, все же их едва ли будет менее 50%.

2. Иногда эти периметриты осложняются параметритами, эндометритами, а также воспалением легких и плевры.

3. Кесарское сечение предрасполагает к разрыву матки при последующих родах.

4. В некоторых случаях наблюдается паралитический или механический ileus, заставляющий прибегать к релапаротомии.

5. Иногда наблюдаются недержание мочи, боли в ногах, ягодицах.

6. Грыжи.

7. Понижение плодовитости.

8. Продолжительное послеоперационное лечение, требующее в среднем трехнедельного больничного содержания и двух-трехмесячного воздержания или ограничения обычных работ.

9. Возможность оставления в брюшной полости инородных тел.

Не буду приводить подтверждений из литературы для выставленных положений, так как они слишком многочисленны и общеизвестны. Вышеизложенное заставляет относиться к кесарскому сечению как к серьезному вмешательству, грозящему жизни и здоровью больной.

Как легко относятся некоторые хирурги к тяжелым осложнениям, можно демонстрировать работой Döderlein'a о кесарском сечении в его известном руководстве.

Он противопоставляет материал Тюбингенской клиники — Мюнхенской. В первой он имел чистый материал для кесарских сечений и поэтому получил прекрасный результат: одна смерть на 30 операций. Уже этот процент казался нам очень печальным, но мы были особенно поражены, когда прочитали далее (стр. 378), что у Döderlein'a наблюдались как паралитические, так и механические ileus.

В 3 из 29 операций автор был принужден произвести релапаротомии. Таким образом, на 30 образцовых кесарских сечений одна погибла, у нескольких была произведена релапаротомия и, кроме того, прокол кишечника. Едва ли больная и мы сами можем быть довольны таким течением. У нас, в СССР, при отдаленности многих мест от культурных центров и малой культурности населения, широкое применение кесарского сечения мы считаем особенно невыгодным и допускаем его лишь в тяжелых случаях placenta praevia при живом жизнеспособном плоде, где применение других методов грозит женщине большей или такой же опасностью.

Конечно, по отношению к детям различные методы кесарского сечения, объединенные общим термином „Schnittentbindung“, бесспорно дадут более благоприятные результаты.

Даже влагалищное кесарское сечение должно дать лучшие результаты, чем старые методы, так как при нем производится немедленное извлечение ребенка.

В общем это преимущество приблизительно можно оценить для влагалищного сечения в 10% и для абдоминального в 30—40%. Нужно помнить, что около 30% детей при этой форме нежизнеспособны.

Не так ясно решение вопроса относительно смертности матерей. Для влагалищного кесарского сечения нам кажется типичной статистика Nürnbergger'a с 9,6% смертности матерей. Эти цифры не только превышают лучшие результаты клиник со старыми методами (2,3% на 742 случая), но и всех собранных нами клиник, применяющих старые методы (5% на 2 846 placenta praevia); они превосходят также и цифры Гитшмана (7,6% на 5 116); даже и детей у них умерло больше, чем при старых методах, — 57% против 50%, но это, мы полагаем, случайное обстоятельство.

Теоретические соображения заставляют думать, что по отношению к матери результаты при влагалищном кесарском сечении будут хуже, чем при старых методах. В самом деле, при этой операции не только вскрывается клетчатка между маткой и пузырем, и нередко ранятся впоследствии как пузырь, так и брюшина, но и производится обязательно ряд опасных акушерских операций: поворот на ножку и извлечение или высокие щипцы и затем как правило ручное отделение последа, а некоторые присоединяют и тампонацию матки, а ведь эти операции далеко не безразличны для женщины.

Если вспомнить о легкой разрываемости нижнего сегмента матки, о колоссальном развитии в нем сосудов при placenta praevia, то заключение о непригодности этой операции делается весьма логичным. Напомним, что такие мастера хирургии как Витт и Крёпиг, потеряли несколько больных на операционном столе при производстве этой операции. На собранном нами материале из 211 случаев получена смертность матерей в 8% и детей 43%.

Schulte, ассистент Вайсша, говорит, что производство влагалищного кесарского сечения при доношенном и зрелом плоде следует считать ошибочным. Да и действительно оно представляет большие технические трудности: операционное поле заливается кровью, разрыхленная, богато васкуляризованная шейка легко рвется, швы прорезываются.

Для иллюстрации приведем данные Döderlein'овской клиники, где влагалищное кесарское сечение считается как операция выбора при placenta praevia.

Она была сделана у 125, из них погибло 12, т. е. 9,6%, — одна от тbc, одна от карциномы и 7 от анемии. 4 раза наблюдался разрыв выше разреза, 2 раза со вскрытием брюшины. В трех случаях вскрыли мочевого пузырь, причем у одной образовалась пузырно-влагалищная фистула, зашитая впоследствии. Процент лихорадивших — 38,9. Из 125 детей умерло 57,6%. Если мы прибавим, что в каждом случае рекомендуется производить тампонацию матки после отделения плаценты влагалища после зашивания раны, то, по нашему мнению, эти данные заставляют признать эту операцию не операцией выбора, а операцией, недопустимой при обычных условиях для лечения placenta praevia. Благоприятные сообщения отдельных авторов с небольшим числом случаев — Guggisberg'a, Essen-Möller'a, Liebe — нисколько не меняют такого заключения. Она может быть допущена разве в исключительных случаях, где показано немедленное родоразрешение при мало открытом зеве и шейке и где абдоминальное кесарское сечение почему-либо не может быть выполнено.

Теперь обратимся к данным клиник, применяющих так называемые старые методы.

Mouchotte сообщает результаты клиники Pinard'a. Из 180 матерей с placenta praevia погибло 4 = 2,18%, и 55,2% детей живыми покинули клинику. Там принципиально применялись старые методы, особенно разрыв пузыря, и кесарское сечение допускалось лишь при специальных показаниях (узкий таз и пр.).

Reinhard сообщает о 270 placenta praevia из Дрезденской клиники со смертностью матерей в 2,2%. Он особенно отмечает вредность тампонады, которая, по его наблюдениям, дала повышение заболеваемости почти на 20% и увеличение смертности в 6 раз.

Heinlein на 133 случая имел лишь 3 смертных исхода, т. е. 2,3% матерей, и из жизнеспособных детей только 19,5% смертности, причем он применял чаще всего метрейриз, реже метод Вraхto n-Hix'a и только в исключительных случаях влагалищное (два раза) и абдоминальное (один раз) кесарское сечение.

Остальные получили большую смертность матерей. Мы суммировали статистику авторов, применявших старые методы,

и получили 2104 случая *placentae praeviae* со смертностью в 5,9% и детей 50%. Смертность матерей в этих клиниках колебалась между 3% и 10% и детей между 21,4% и 72,8%.

Очень благоприятные данные сообщались Sigwart'ом о результатах Берлинской поликлиники: на 121 больную он потерял лишь одну при применении старых методов.

В высокой степени интересна статистика Гитшмана, убежденного сторонника старых методов. Он собрал 5116 случаев *placenta praevia* в клиниках и 1322 леченных в поликлиниках. Последние дали несравненно более благоприятные результаты, а именно: смертность матерей в поликлинике 2%, в клинике 7,6% причем от сепсиса погибло, соответственно, 0,1% и 1,8% и от кровотечения 1,3% и 4,8%.

У практических врачей смертность еще более велика, а именно: 18%, причем от кровотечения погибло 13% и от сепсиса 4,2%. Такие соотношения объясняются тем, что в поликлинике обыкновенно работают наиболее опытные врачи, в клинике часто оперируют и начинающие, а в практике и неспециалисты. Вышеприведенные результаты Sigwart'a, а также сообщения Тейльгабера о 153 леченных тампонадой с одним смертным исходом невольно склоняют к такому выводу.

В акушерско-гинекологическом институте по 1923 год применялись исключительно старые методы со следующими результатами и пособиями.

Роды закончились произвольно 2 раза при *placenta praevia centralis* (мертвые плоды) и 9 раз при *placenta praevia partialis* (8 живых плодов) и 17 раз при низком прикреплении плаценты (15 живых и 4 мертвых плода—2 раза двойни). Во всех остальных случаях применялись следующие пособия (см. табл. на стр. 169).

Как видим, в некоторых клиниках результаты для матерей получились настолько благоприятные, что они пока на большом числе случаев не превзойдены ни одной клиникой, применяющей кесарские сечения. Общий результат всех авторов также не говорит убедительно за преимущества кесарского абдоминального сечения в отношении матерей—6% смертности против 5,9%, собранных нами, и 7,6% более полной статистики Hirschmann'a. Разница в 1,6% может вполне объясняться тем, что кесарское сечение применялось преимущественно наиболее опытными людьми, а старые методы преимущественно младшим персоналом клиник. Это

	Placenta praevia total.	Placenta praevia part.	Низкое прикр. плаценты.
Тампонада	2 (плоды мертв.).	5 (2 ж.+3 м.).	—
Тампонада и поворот	3 (плоды мертв.).	0	—
Поворот по Бракстон-Гиксу .	5 (4 м.+1 ж.).	7 (2 ж.+5 м.).	1 (м.)
Бракстон-Гикс и перфорация послед. голов .	0	1	
Поворот полной рукой	5 (4 м.+1 ж.)	16 (13 м.+3 ж.)	3 (2 м.+1 ж.)
Поворот и перфорация послед. голов	1	0	
Низведение ножек	4 (3 м.+1 ж.)	6 (5 м.+1 ж.)	2 (1 м.+1 ж.)
Извлечение	0	2 (1 м.+1 ж.)	
Наружный поворот и низведение ножек	0	7 (4 м.+3 ж.)	1 (м.)
Перфорация	3	2	
Щипцы	0	2 (ж.)	
Метрейриз	1 (м.)	8 (все м.)	13 (4 м.)
Разрыв пузыря . .	1 (м.)	13 (7м.+6 ж.)	
Произвольные роды	2 (м.)	9	21

На 27 случаев placenta praevia totalis 2 выписались неразрешенными, умерло 2 матери и погибло 24 плода = 7,4% матерей и 88,9% детей (44% нежизнеспособных). На 80 случаев placenta praevia partialis умерла одна мать и погибло 49 плодов = 1,3% матерей и 61,2% детей (25% нежизнеспособных). На 40 случаев низкого прикрепления плаценты погибло 13 плодов. Следовательно, из 107 случаев placenta praevia погибло 3 матери, т. е. 2,85% при низком прикреплении смертности не наблюдалось.

подтверждается тем, что первая группа на 191 случай (по Hitschman'у) дала лишь 3,6% смертности матерей—здесь операцию производили лишь наиболее высококвалифицированные акушеры. По мере распространения метода смертность сразу повышается почти вдвое (до 6%).

Должно помнить, кроме того, что в начале применения какого-либо нового метода всегда сообщаются главным обра-

зом хорошие результаты; это обстоятельство с особенной силой отмечается Zweifel'ем. К сожалению, и мы недавно потеряли одну больную на десяток кесарских сечений при placenta praevia за последние 3 года при осторожном выборе случаев.

Существенным преимуществом абдоминального кесарского сечения является меньшая смертность детей. Должно иметь в виду, однако, что приблизительно 30% детей при placenta praevia нежизнеспособны и что из рожденных живыми многие должны погибнуть в более или менее отдаленный срок после родов. С точки зрения коллектива, национальности и человечества нужно иметь в виду и дальнейшее: по Siegel'ю (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaec. 1923, März. B. 62. N. 3—4) из 113 женщин после кесарского сечения имели детей в течение 6 лет лишь 54 женщины (48%), вторые роды имели из них только 14 и третьи только 2 женщины, следовательно, 113 женщин имели лишь 70 родов в течение 6 лет. Из них разрешились при помощи кесарского сечения 35 и per vias naturales также 35. Из 28 подвергшихся вторичному кесарскому сечению умерли 3, т. е. 11,0%, а из 7 — с 3-м кесарским сечением умерли 2, т. е. 28%. Кроме того, наблюдались 3 случая разрыва матки, в отношении к произвольным родам они дают 8,5%.

Эти цифры имеют очень большое значение с точки зрения коллектива, если мы признаем плодородие женщин как ценное свойство.

Переходим к анализу отдельных оперативных пособий при старых методах.

Тампонада влагалища или даже шейки матки — один из наиболее старых методов в терапии placenta praevia. Относительно ее применения до настоящего времени имеются прямо противоположные заявления.

Нужно признать, что раньше применение ее нередко было неправильным и нецелесообразным, отчего происходил наибольший вред.

На VI съезде русских акушеров в Москве почти все ораторы за исключением автора высказывались против тампонации, не приводя, впрочем, фактических данных. Stoeskel говорит: тампонада — дурной и опасный способ. Плохой потому, что он часто не останавливает кровотечения, опасный потому, что он часто вызывает инфекцию.

Stratz — решительный противник тампонады, так же как и Zalewsky.

Марковский отрицает рациональность тампонации и даже полагает, что она может способствовать большему отделению последа, как и усилению схваток, а также и инфекции. Должно, однако, отметить, что фактический материал, который он обрабатывал, на мой взгляд, совершенно не дает ему оснований делать такое заключение.

Дело в том, что тампонация, применяемая в Институте, не делалась плотно в нижнем сегменте матки, а рыхло, рассчитывая на усиление схваток и скорейшее свертывание крови, а такая тампонация не может отделить плаценту. Сильные же схватки являлись желательным явлением, чтобы получить скорее большее раскрытие шейки и зева, несмотря на неизбежное при этом некоторое кровотечение и отделение плаценты.

Далее, мы смотрели на тампонацию всегда как на временное, вспомогательное пособие — пункт чрезвычайной важности, — как на такое, которое дает возможность дальше, при сохранении у женщины большего количества крови и больших сил (благодаря укорочению родов), применить более действительное пособие. Тампонация применялась лишь в самых тяжелых случаях, и, несмотря даже на дву-, трое- и многократную тампонацию, погибла лишь одна больная, и тампонированные лихорадили только на 5% больше остальных (30% против 25%); мы получили, по данным самого Марковского, наилучшую статистику из всей международной литературы. В самом деле, Марковский приводит следующие цифры: в Институте смертность 2,04%, у Ripard'a 2,3%, у Pohl'a — 3,8%, у Hofmeister'a — 5,1 и у других еще выше.

Нельзя не согласиться с автором, что тампонация повышает шансы на септическое заражение, но ведь и все наши внутренние манипуляции делают это. Результат показывает, что это не так опасно при соблюдении известных предосторожностей.

Марковский, однако, допускает тампонацию во время беременности и при транспорте больных, подобно Agnold'u, Wyder'u, Freund'u и др.

С другой стороны, целый ряд авторов высказывается в благоприятном смысле. Theilhaber на 153 случая с применением тампонады имел всего лишь одну смерть. У Heiplein'a из 43 тампонированных лихорадили 9. По его мнению, тампонация действительно повышает заболеваемость,

но не дает тяжелых форм и не так страшна, как многие думают. Напротив, без тампонации женщины еще более теряли бы крови. Уменьшение кровопотерь, усиление болей и ускорение раскрытия зева — вот результат тампонации.

Приведем еще мнение Zweifel'я: тщательно произведенная тампонада вовсе не так опасна, как это принимают в настоящее время, и если она произведена плотно, то вызывает остановку кровотечения при целом пузыре. Не всегда лихорадка зависит от тампонации, но нередко от последующих операций.

Рапков говорит, что асептично произведенная тампонация теряет большую часть опасности инфекции и для практического врача остается превосходным, если даже не единственным, средством остановки угрожающего кровотечения во время беременности.

Для оценки этого пособия установим, какую цель оно преследует.

Я считаю ошибочным лечить *placenta praevia* исключительно тампонацией. Она могла служить лишь подготовительным или временным пособием перед другой операцией. Ее следует применять, когда другие пособия не могут иметь места. Так, при закрытой шейке в начале родов, когда план действий еще не вполне определился, а небольшое кровотечение не останавливается, полезно применить тампонацию на 6—8 часов. Точно также, во время беременности при продолжающемся кровотечении, она может оказаться полезной, о чем говорит Витт. Тампон вызывает усиление родовой деятельности и способствует скорейшему свертыванию крови, что уменьшает кровотечение. В случаях очень сильных кровотечений тампонация может быть допустима даже перед решенным кесарским сечением. В одном нашем случае кровотечение было так обильно, что казалось, больная истечет кровью в течение 15—20 минут, которые нужны были для подготовки операции кесарского сечения. Я несколько не сомневаюсь, что благодаря этому мы спасли у нашей больной несколько сот граммов крови, хотя, конечно, нельзя думать, чтобы тампонация совершенно прекращала кровоотделение. Главная область ее применения — в тех случаях, которые мы рассчитываем лечить поворотом на ножку. Она должна уменьшить кровотечение в течение 6—8 часов и способствовать раскрытию зева до 2—3 пальцев и сглаживанию шейки.

Тампонация производится нами следующим образом. Женщина помещается на стол, волосы на лобке и половых частях сбриваются, производится тщательная дезинфекция их и влагалища, желобоватыми зеркалами обнажается шейка матки, которая захватывается пулевыми щипцами, канал шейки дезинфицируется протираем спиртом, и в матку рыхло вводится марлевая полоса, несколько плотнее в цервикальный канал и совсем плотно во влагалище. Марля может быть стерильна, но лучше смочить ее 50—60% спиртом с прибавлением иода (1:1000). Можно применить также иодоформную или ксероформную марлю, смоченную раствором сулемы 1:3000 при отсутствии других дезинфицирующих. Перед введением они должны быть тщательно выжаты. Опасность отравления приэтом равна нулю. Стерильный тампон оставляется не более 6 часов, в то время как спиртно-иодный или иодоформно-сулемовый может быть оставлен часа на 2—3. Полагаю, что опасность инфекции приэтом меньше, чем при матрейризе *extra amnialis*, так как смоченный тампон обладает большой бактерицидной силой. К тому же до некоторой степени он будет направлять ток жидкости из матки во влагалище. Через 6—8 часов выбор соответственного пособия делается уже более легким.

Непременное условие для тампонации — целость пузыря. Непкер справедливо заявляет, что каждый акушер знает, а если не знает, то должен знать, что тампонация при отсутствии пузыря не имеет смысла. Кроме указанных выгод, тампонация способствует уменьшению кровотечения прижатием нижнего сегмента матки к подлежащей части плода. Умеренно тугий бинт на живот, хинин и небольшие дозы питуитрина при слабых схватках могут быть здесь рекомендованы.

Превосходным простым и наиболее безопасным в смысле инфекции средством при лечении рl. рг. является разрыв пузыря, когда исследующий палец доходит до него. Этот прием оказывается очень полезным при частичном и еще более при низком прикреплении плаценты, вызывая очень часто если неполное, то значительное уменьшение кровотечения. Механизм его действия понятен. После разрыва пузыря проходят воды и подлежащая часть, чаще всего, следовательно, головка, опускается вниз и давит на нижний сегмент матки, прижимая к нему плаценту и закрывая таким образом разорванные сосуды. В то же время плацента

получает возможность вместе с нижним сегментом подниматься кверху, вследствие чего отделение ее от стенки матки резко уменьшается, а иногда и совершенно прекращается. До разрыва пузыря яйцо вместе с плацентой двигалось вниз, в то время как стенка нижнего сегмента матки поднималась кверху, после него двигается только плод, а плацента получает возможность двигаться кверху (см. выше рис. 20 и 21).

Однако, для лучшего эффекта действия важна хорошая родовая деятельность. При этом условии метод этот считается Пинаром настолько действительным, что он высказывает афоризм: „La femme qui perd de l'eau, ne perd pas de sang“.

Разрыв оболочек должен быть произведен возможно широко, для этого лучше действовать инструментально во избежание дальнейшей отслойки плаценты, может быть, расширив затем разрыв пальцем. Полезно при этом ввести небольшую дозу питуитрина, если имеются слабые схватки (0,25—0,5).

Поворот полную рукою или по Braxton-Hicks'у наиболее верное средство для остановки кровотечения, но он может быть применен при раскрытии зева около 2 пальцев, а для полной руки требуется раскрытие не менее 3 пальцев. Слабой стороной этого приема является большая смертность детей. Выгодной стороной, кроме прекращения кровотечения, будет скорое окончание родов, а также то, что расширение шейки и прижатие кровоточащих мест производится физиологическим и стерильным расширителем (ягодицами).

Техника поворота при placenta praevia не трудна, так как очень часто приходится иметь дело с многорождающими, с недоношенными плодами, при вялой матке, в результате чего даже Braxton-Hicks обыкновенно удается. Если бы и после низведения ножки наблюдалось небольшое кровотечение (большая редкость!), или роды медленно двигались вперед, можно привесить к ножке небольшой груз, не более 1000,0 из-за опасения разрывов, или же производить *легкое* потягивание за ножку в виде легкого внутриматочного массажа, так как ягодицы при этом будут двигаться вверх и вниз. Извлечение следует делать лишь *при совершенном или почти совершенном зеве*, так как в противном случае шансы на разрывы шейки очень велики. Общим правилом должно быть: „делай поворот на ножку, но не извлекай“.

Для легкого выполнения поворота важно иметь сохранность пузыря и вод. Вот почему, признавши тот или другой

случай подлежащим лечению поворотом вместо разрыва пузыря, и важно применить тампонацию до достаточного раскрытия зева.

Я считаю, что район применения разрыва пузыря — это предлежания плаценты с относительно малым кровотечением, которое наблюдается обыкновенно при низком прикреплении плаценты и при малых частичных предлежаниях ее; те же формы с более значительным кровотечением — как правило, это будут частичные предлежания большего района — подлежат повороту и, наконец, сильнейшие кровотечения, — чаще всего наблюдаемые при центральных предлежаниях, — подлежат кесарскому сечению.

Там, где кесарское сечение по условиям обстановки произвести нельзя, последние случаи проводятся также с поворотом. Мы должны поэтому рассмотреть вопрос о технике поворота при центральном предлежании плаценты.

Два способа рекомендуются приэтом: 1) прорвать плаценту и войти таким образом в полость яйца и 2) отсепаровать плаценту, дойти до оболочек, разорвать их и войти таким путем в полость пузыря.

Если избирают первый рекомендуемый многими путь, то я советую разорвать плаценту не пальцем, а корнцангом под руководством пальца, — приэтом будет меньше шансов на значительное отслоение плаценты.

Лично я рекомендую второй путь, предварительно установив, с какой стороны плацента прикрепляется наименьше. Для этого мы имеем целый ряд признаков: 1) Leopold-Palm'a: — там, где прикрепляется плацента, там быстрее растет стенка матки. Итак, при прикреплении плаценты спереди усиленно развивается передняя стенка, и круглые маточные связки и трубы отодвигаются кнаружи и идут по наружному краю матки. При заднем прикреплении круглые связки сохраняют свое положение на передней стенке.

2) Там, где находится плацента, части плода определяются менее ясно. Мы исследуем, таким образом, снаружи и устанавливаем, где части плода определяются яснее — справа или слева: то же самое продельвается через своды, и получается известное заключение.

3) Наконец, я заметил, что там, где плацента прикреплена на наименьшем протяжении, там она скорее отделяется и более отделена. Может быть, это находится в связи с большей подвижностью оболочек, которые легче отделяются от

матки при placenta praevia и свои движения передают соседним частям плаценты.

Руководствуясь этими тремя признаками, почти всегда можно установить, с какой стороны плацента прикрепляется на наименьшем протяжении, и итти рукою в том направлении.

Следующим пособием при placenta praevia является метрейриз, имеющий свои выгоды и недостатки. Его первым преимуществом будет возможность его введения в матку при самом небольшом раскрытии шейки. Даже при закрытой шейке его можно ввести после предварительного расширения ее хегарами до прохождения одного пальца. Правда, при этом придется ввести один из небольших номеров.

Другим преимуществом будет вызывание родов, хотя движение их идет значительно медленнее, чем после низведения ножки.

Главное преимущество его — в меньшей смертности детей, тогда как смертность матерей получается равная с комбинированным поворотом.

Так, Hitschmann дает следующие цифры: на 3 035 случаев комбинированного поворота получилась 191 смерть матерей, т. е. 6,3%, из них 3,2% от кровотечения и 1,4% от сепсиса, в то время как при метрейризе на 1 095 случаях метрейриза — 68 смертей, т. е. 6,2%, из них 3,5% от кровотечения и 1,3% от сепсиса. У Rankow'a соответственные цифры таковы: на 398 — 5,3% смертности при повороте и на 1 332 метрейриза — 5,1%. По отношению к детям Rankow дает следующие цифры: 65,9% — смертность при повороте и 49,1% — при метрейризе.

Невыгоды этого способа заключаются прежде всего в том, что требуется специальный аппарат с небольшим инструментарием (щипцы для метрейринтера), что при современных условиях не всегда будет под рукою. Далее, его введение представляет некоторые трудности; иногда оно сочетается с большой травмой шейки матки.

Шансы на инфекцию не меньше, чем при тампонации марлей, и даже, пожалуй, больше. Это вытекает из следующих соображений и наблюдений. Как уже сказано, травма шейки здесь будет большая, а следовательно, местная самозащита будет понижена. Далее, резина при долгом соприкосновении даже во влагалище производит поверхностные пролежни, тем больше шансов, что и в матке будет нечто подобное.

Антисептическая жидкость скоро смывается и, следовательно, занесенные микробы не встретят препятствия для своего размножения. Тампонация марлей по всем перечисленным пунктам имеет преимущество. Роды не всегда заканчиваются приэтом произвольно, иногда требуется наложение щипцов и даже поворот. Наконец, кровотечение останавливается не с такою точностью, как при низведении ножки. В среднем, по Schweizer'у, при нем выделяется около 680 г, крови — приблизительно вдвое больше, чем при низведении ножки. Поэтому этот способ противопоказан при значительных анемиях матери. Полагаю, что район его применения будет в тех случаях, когда после разрыва пузыря кровотечение все же продолжается, а также в тех случаях, где кровотечение умеренное и мать очень желает получить живого ребенка.

В последнее время некоторые авторы (Füth, Falk) рекомендуют вводить метрейринтер экстраамниально. Полагаю, что это нельзя считать правильным. Шансы на большую отслойку плаценты приэтом повышаются, прижатие плаценты будет отсутствовать и вероятность инфекции еще более повысится, так как метрейринтер будет прилегать непосредственно к плацентарной площадке и там проявлять свое некротизирующее действие, в то время как при интраамниальном введении главная его масса будет соприкасаться с оболочками плода. К тому же данные Wagner'a и Hauck'a подтверждают несостоятельность такого образа действий (около 15% смертности).

Резюмирую мой взгляд на лечение placenta praevia.

Полагаю, что именно при этой форме должна иметь место индивидуализация пособий по условиям обстановки и случая. Клиники и больницы, в которых чревосечения и другие большие операции производятся часто, очевидно находятся в иных условиях, чем практический врач на дому у больной или врач, заведующий небольшой больницей, не приспособленной к большим операциям. Думается мне, что большинство наших провинциальных больниц находится именно в таких условиях.

По данным Генса („Аборт в деревне“), из 2 200 участков круглым счетом 200 находятся в ведении лекпомов и фельдшеров, 33 еще не имеют больниц и 55 не имеют инструментов для производства искусственного аборта. Затем я представляю, что в большинстве участков только один врач,

а другого не так легко достать. Вероятно, во многих больницах недостаток инструментария, стерилизаторов и соответственного обслуживающего персонала. Делать кесарское сечение при таких условиях тяжело и мало шансов получить хорошие результаты.

Эти условия преподаватель должен учитывать, если он желает считаться с интересами коллектива.

Само собой понятно, что он должен представить и наиболее идеальный образ действий.

Итак, прежде всего применение кесарского сечения при *placenta praevia* должно признать совершенно рациональным для некоторых случаев, и введение этого метода в лечение этого осложнения есть значительный прогресс.

Кроме того, я полагаю, что с течением времени роль его будет расширяться. В настоящее время оно имеет существенные недостатки, отчасти от условий, в которых оно делается, отчасти от несовершенства техники и, наконец, в связи с нашим относительным бессилием в борьбе с инфекцией. Еще в самое последнее время мы неожиданно потеряли одну больную после кесарского сечения от инфекции.

К сожалению, разрывы матки при последующих за кесарским сечением родах — гораздо более частое явление, чем это до сих пор принимают. Holland, собравший огромное число кесарских сечений за последнее время в Англии с превосходными результатами, устанавливает, что при последующих родах около 25% женщин имеют разрыв матки, если роды происходят силами природы и исключены случаи повторных кесарских сечений. По Siegel'ю это наблюдается в 8,5%.

Имеет значение и уменьшение плодородия у таких женщин, в особенности, если они молоды и не имеют детей, напротив, у немолодых, имеющих много детей, это может представляться даже выгодной стороной.

В высшей степени важно отметить, что со старыми методами при благоприятных условиях можно получить превосходные результаты.

В международной литературе при *Schnittentbindung* еще нет статистики лучшей, чем то, что получено в Госуд. акуш. гинек. институте на достаточно большом числе случаев (100 и более) при применении старых методов. (На 265 случаев — 1,5% смертности.)

Это дает мне право считать ошибочными заявления многих о той страшной опасности растяжения нижнего сегмента матки, о которой они говорят.

Если мы отметим, что большая часть больных погибает от сепсиса и от разрывов шейки, а не от чистой атонии, то ошибочность указанного мнения выявляется еще резче.

В настоящее время кесарское сечение, применяемое в лучших клиниках и больницах наиболее искусными операторами, дает в общем смертность почти равную с общей смертностью при старых методах (6% против 7,6% по Hitschmann'y). Если мы примем во внимание все последующие отрицательные стороны кесарского сечения, то едва ли в настоящее время желательно его широкое применение менее искусными операторами при несовершенных условиях обстановки.

Переходя к оценке старых методов, прежде всего надо сказать, что тампонация представляется самым слабым, подготавливающим, а никак не радикальным методом лечения, но который для практического врача и для врачей небольших родильных приютов может быть очень полезен. Прежде всего нужно установить, что его применение научно, что это не есть устарелый метод, так как целый ряд авторитетов его признает *в очень ограниченном масштабе*. Zweifel, Rankow, английские акушеры (Ten teachers), De Lee, Груздев, Williams для практического врача допускают тампонацию как подготовительный прием. Несомненно, она уменьшает кровотечение и способствует раскрытию шейки, приближает возможность поворота на ножку, наиболее верного средства для родоразрешения. Я не думаю, чтобы шансы на заражение при ней были больше, чем при метрейризе, так как тампон не только может быть стерилен, но и пропитан дезинфицирующими веществами. Он может быть из иодоформенной или ксероформенной марли, смоченной сулемой (1:3000,0) и тщательно выжатой у не очень малокровных женщин, или смочен спиртом 50—60% с примесью tinct. jodi, в деревенской практике даже водкой с tinct. jodi, между тем как метрейринтер не имеет этой выгоды, но зато он гораздо быстрее заканчивает роды, и в этом его громадное преимущество. Его существенная невыгода — трудность проведения при мало открытом зеве.

Тампонация марлей при целом пузыре только подготавливает поворот; метрейриз — только при отошедших водах интраамниально, он может закончить роды, но не всегда.

Смысл тампонации — выиграть время 6—8 час. и добиться раскрытия шейки, достаточного для совершения поворота на ножку.

Этот последний (поворот) совершенным образом останавливает кровотечение, но часто убивает ребенка. Поэтому, если родители желают иметь живого ребенка, вопрос должен быть поставлен о кесарском сечении при надлежащих условиях, хуже — о метрейризе, хотя я считаю неправильной цифру в 0% смертности детей при 28 кесарских сечениях и 1,8% — при 54. Где же нежизнеспособные? Очевидно, послеоперационную смертность не приводят или это случайность?

Поворот на ножку при *placenta praevia* легче, чем при обыкновенных условиях: в виду 1) недоношенности плодов, 2) вялости матки, 3) многоплодия и 4) частого отклонения головки в сторону.

Итак, кесарское сечение показано там, где имеется надлежащая обстановка и персонал для лапаротомий, при очень сильных кровотечениях — будь это полное или частичное предлежание (конечно, главным образом при полном), при живом плоде (исключения могут быть), где роды иным путем скоро и безопасно для матери не могут быть закончены.

Остальные случаи разрешаются старыми методами, при которых можно получить 1,5% смертности матерей.

Когда мы научимся лучше зашивать маточную рану, более точно, чем теперь, бороться с септическими заболеваниями, достигать более быстрого поправления больных и сохранять для них плодородие, — кесарское сечение будет применяться все чаще. Я убежден, что с каждым годом мы к этому приближаемся.

Что касается техники кесарского сечения, то я не думаю, что отсепаровкой пузыря мы достигнем лучших результатов, чем при простом сечении в нижнем сегменте матки. Я рекомендую только этот последний прием.

Разрывы матки наблюдались уже при цервикальном кесарском сечении (Baisch, Martius и др.).

Главная опасность кесарского сечения — кровотечение — побеждается легко быстрым разрезом матки и извлечением плода. Лучшее средство уменьшить потерю крови — скорее родоразрешить больную. Затем кровотечение хорошо уменьшается или даже останавливается потягиванием матки за

верхний угол раны, наконец, временная тампонация матки стерильной марлей или смоченной эфиром также хорошо действует. Тампон извлекается в конце зашивания матки. Хорошо в начале операции впрыснуть под кожу препараты *secale* или *pituitrin'a*. Впоследствии — режим гинекологических лапаротомий.

Реально образ действий акушера может быть следующий.

При кровотечении во время беременности в небольшом или умеренном количестве больной предписывается полный покой как физический, так и психический, назначаются небольшие дозы наркотиков в виде опийных или кодеиновых свечек (0,01 — 0,015), кислое питье, легкая пища, надзор за стулом; полезно назначить также *Elixir. acidi Halleri* по 3—4 капли в воде раза 3—4 в сутки (береги зубы). Следует попробовать и желатину — 10% раствор по столовой ложке раз 6 в сутки. Последние два средства имеют уже психическое воздействие.

При сильном кровотечении — немедленное отправление в больницу.

Если при вышеуказанной терапии с умеренным или со слабым кровотечением оно не останавливается (это будет при отсутствии схваток в исключительных случаях), больную следует перевести в больницу. Если это по каким-либо причинам невозможно, следует применить умеренно плотную влагалищную тампонацию после надлежащей дезинфекции наружных половых частей и влагалища иодоформной или ксероформной марлей, смоченной раствором сулемы (1 : 3000) и тщательно выжатой, или спиртно-иодным раствором на 4—6 часов.

Как правило кровотечение останавливается или оно совершенно ничтожно, мажется.

Все же такую больную лучше всего переправить в палату беременных родовспомогательного учреждения, даже если бы кровотечение прекратилось.

При невозможности выполнить последний совет ведение больной на дому.

При прекращении кровотечения — режим, устраняющий или по крайней мере отдалающий появление нового кровотечения, устранение от работы, легкая пища, фрукты, овощи, наблюдение за стулом, прекращение *coitus'a* и подготовка переезда в больницу при новом кровотечении.

Дальнейшая стадия — появилось кровотечение и начались схватки. Если кровотечение небольшое или даже умеренное, и шейка уже пропускает палец — определение характера предлежания (полное или частичное?). При полном предлежании лучше применить кесарское сечение, при частичном большом с умеренным кровотечением лучше лечить поворотом, а при малом — разрывом пузыря.

Кесарское сечение может иметь место лишь в клинике и специальных больницах, на дому приходится применять лишь поворот.

Поэтому при зеве мало открытом, значительном предлежании и порядочном кровотечении можно применить тампонацию нижнего сегмента матки рыхло, шейки — несколько плотнее и влагалища — плотно. Такие случаи редки.

При меньшем предлежании и кровотечении — широкий разрыв пузыря. Как первое, так и второе может быть произведено после расширения шейки расширителями Хегара до 20 — 22 №№.

При слабых схватках — pituitrin 0,25 — 0,5 два раза с промежутком не менее часа.

После разрыва пузыря кровотечение обыкновенно резко уменьшается или даже прекращается, и роды идут нормальным темпом. Если бы кровотечение все же продолжалось, надо ввести метрейринтер на 6, на 8, максимум на 10 час., следя за t° больной. Если бы схватки были слабы, через 3 — 4 часа привесить груз не более 1 кг. Часа за 2 ранее ввести pituitrin 0,25 — 0,5 и дать солянокислый хинин 0,5 — 0,6.

За час до извлечения метрейринтера при слабых схватках легкое потягивание и отпусkanie метрейринтера — массаж внутренней поверхности матки, а также попеременное вливание в метрейринтер то горячей в $50^{\circ} R$, то холодной воды до половины его вместимости. Величина метрейринтера от 250 куб. см до 500 куб. см вместимости смотря по величине открытия шейки.

При повороте дело обстоит значительно лучше: обыкновенно роды идут довольно быстрым темпом; в крайнем случае легким потягиванием, как и медикаментами, можно усилить работу матки.

Общим правилом будет: „поворачивай на ножку, но не извлекай до совершенного раскрытия“.

По извлечении метрейринтера при слабых болях редко придется прибегать к повороту, если матка очень вяла и

снова появляется кровотечение. При совершенном зеве и слабых болях, когда головка опустилась уже во вход большим сегментом или даже в полость таза, приходится иногда заканчивать роды щипцами, а если ребенок в течение родов умирает, то перфорацией. При рождении туловища плода с мало открытым зевом можно при несомненной смерти плода применить разрез живота ребенка, вышедшего наружу, и удалить содержимое грудной полости, чтобы облегчить рождение плечевого пояса, и далее перфорировать головку.

Последовому периоду должно быть уделено самое большое внимание. Pituitrin рекомендуется здесь даже при малом кровотечении. Надо быть наготове к применению Credé, Credé + потягивание за пуповину, может быть под наркозом и, наконец, к ручному отделению плаценты. Особое внимание должно быть обращено на выделившийся послед, памятуя частое задержание его частей, фестонов и придаточных долей. Также все должно быть приготовлено к борьбе с атоническим кровотечением после родов и с последующим малокровием; об этом изложено в главе о послеродовых кровотечениях.

Не нужно забывать частоты разрывов шейки матки даже при самопроизвольном разрешении, следовательно, не слишком откладывать осмотр шейки зеркалами.

В заключение привожу свои положения, сообщенные на VI Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов в 1924 г.

1. Placenta praevia как правило подлежит клиническому лечению.

2. Частичное предлежание плаценты, а тем более низкое прикрепление ее очень хорошо протекает при широком разрыве оболочек.

3. Если после разрыва оболочек наблюдается кровотечение — показуется интраамниальное введение метрейринтера.

4. Лучшим средством для остановки кровотечения является поворот на ножку и тампонация кровоточащего отдела ягодицами.

5. При мало открытом зеве извлечение противопоказано в интересах матери. Для нее наиболее выгодно естественное окончание родов или извлечение при совершенном зеве.

6. Правильно выполненная тампонация едва ли представляет большую опасность в отношении инфекции, чем метрейриз.

7. Врач тампонирует, если только это возможно, рыхло свободный нижний сегмент матки, плотнее шейку и еще плотнее влагалище. Тампон не должен оставаться более 6 часов.

8. Тампонация показана в самых тяжелых случаях сильного кровотечения или при тотальном предлежании, где не могут быть применены ни предыдущие пособия, ни кесарское сечение.

9. Тампонация служит подготовительным приемом для расширения шейки, достаточного для поворота и низведения ножки.

10. При сильных кровотечениях, сопровождающихся малым раскрытием зева шейки, в особенности при тотальных *placenta praevia*, при жизнеспособном плоде у асептических матерей и при согласии последних, — такие женщины в клиниках, больницах должны подлежать кесарскому сечению.

11. Влагалищные кесарские сечения опасны для матери и мало выгодны для плода, а посему, как правило, не должны применяться.

12. При нежизнеспособном или мертвом плоде в ближайшее время старые методы представляются для матери более выгодными.

13. В последних случаях, кроме поворота, нужно иметь в виду применение перфорации и эмбриотомии.

14. Из абдоминальных кесарских сечений наиболее выгодным представляется нам трансперитонеальное в нижнем сегменте матки.

15. Интересы матери мы всегда ставим на первое место, и только желание матери может изменить этот принцип.

ГЛАВА ПЯТАЯ.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НОРМАЛЬНО СИДЯЩЕГО ДЕТСКОГО МЕСТА.

Преждевременное отделение нормально сидящего детского места должно быть отнесено к тягчайшим осложнениям, нарушающим физиологическое течение беременности и родового акта. При нем опасность для матери и плода еще ббльшая, чем даже при таких грозных заболеваниях, как предлежание плаценты и эклампсия. Во многих случаях заболевание носит характер катастрофы, поражая женщину в состоянии полного благополучия. Среди причин внезапной смерти матери и плода во время родов отслойка плаценты занимает не последнее место (рис. 22 и 23).

Нарушение связи между яйцом и стенкой матки может происходить в течение всей беременности, но при заболевании, которое известно под термином *Separatio placentae praematura* или *Solutio praematura placentae normaliter insertae*, идет речь только о случаях отслойки плаценты после 24-й недели беременности. Кроме того, сюда относятся только случаи, когда плацента прикреплена в теле матки, в верхнем сегменте ее.

До последнего времени это заболевание было мало изучено, почему и считалось чрезвычайно редким осложнением родового акта. Stolz еще в 1878 году отрицал его существование, как и m-me Lachapelle.

В Дублине до 1896 г. на 156 000 родов его будто бы не наблюдали ни разу, между тем как позднее частота отслойки определялась там равной 0,5%. По мере того как научились точнее распознавать случаи и давать им должную оценку, оказывается, что преждевременная отслойка нормально прикрепленного детского места встречается относительно часто и представляет собой, к несчастью, вовсе не столь редкое явление. Многие случаи частичного отделения, не давая каких-либо резких клини-

ческих симптомов, не отражаются заметно на состоянии матери и плода, почему и не учитываются.

Необходим внимательный осмотр каждого детского места и тогда по приставшим к нему сгусткам, по имеющемуся

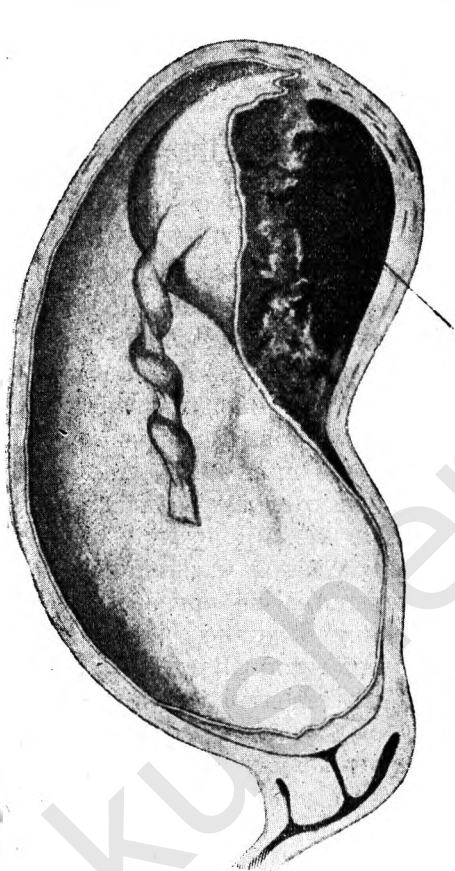


Рис. 22. Преждевременное отделение нормально прикрепленной плаценты без наружного кровотечения. (Эклампсия.) (Из Бумма.)

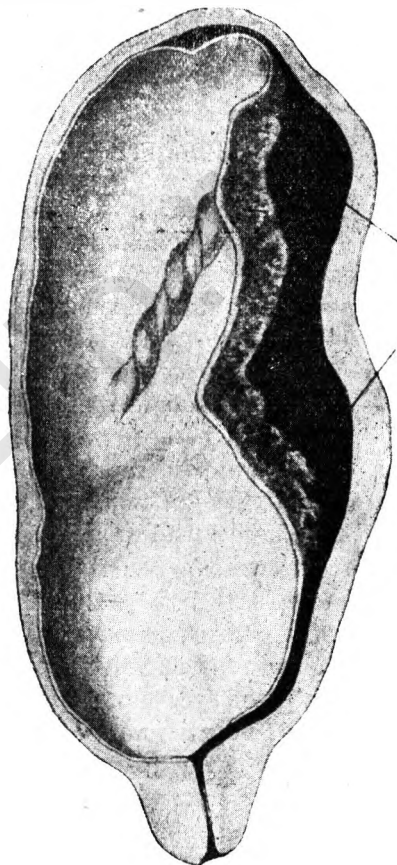


Рис. 23. Преждевременное отделение нормально прикрепленной плаценты от короткой луповины с наружным кровотечением. (Из Бумма.)

на нем вдавлению и по месту разрыва оболочек на противоположном плаценте полюсе можно было бы убедиться, что это явление бывает несравненно чаще, чем предполагали.

Конечно, случаи частичного отделения — легкие, не сопровождающиеся образованием больших заматочных кровоизлияний и не отражающиеся заметно на состоянии матери и плода,

особого клинического значения не имеют. Но для выяснения этиологии этого еще не вполне изученного заболевания необходима была бы точная регистрация даже и самых легких случаев. Из имеющихся в нашем распоряжении статистических данных нельзя получить точного представления о частоте этого заболевания, что зависит от недостаточно выработанной диагностики и оттого, что некоторые авторы включают в свой материал лишь тяжелые случаи, а другие — и легкие.

В Клиническом повивально-гинекологическом институте за период с 1904—1908 гг. на 8 538 родов встретилось 22 случая — 0,26% или 1 случай на 388 родов (Кипарский).

По данным Гентера в Надеждинском родовспомогательном заведении с 1900—1912 гг. на 45 999 родов было 68 случаев = 0,14% или 1 случай на 676,5 родов. В Обуховской больнице за 1900—1902 и 1908—1912 гг. на 2 588 родов — 18 случаев = 0,69%. Всего на 48 587 родов — 86 случаев = 0,17%. В Александровском приюте с 1909—1914 гг. на 6 000 родов — 17 случаев = 0,28% (Китнер).

По данным Кобзарева (Женева) на 8 000 родов — 15 случаев = 0,19%.

Сборная статистика Гентера, обнимающая случаи до 1912 г. включительно, вычисляет частоту отслойки в 0,12% — 722 случая на 568 736 родов. Большая статистика Нагга'a (Нью-Йорк) приводит на 100 000 родов 254 случая = 0,25%. Fletword Churchill на 163 738 родов — 0,13%. Несколько большая частота отмечается в данных Gradgin 1,06% — 212 случаев на 20 000 родов. Albeck принимает частоту в 0,94% и самую низкую цифру приводят Frankl (Вена) — 0,09% и Traut в 0,1%.

У Rankow'a на материале, исключительно богатым патологическими случаями, на 7 792 родов 32 раза наблюдалось преждевременное отделение плаценты, т.е. в 0,41%. Напротив того, Hartmann, особенно тщательно осматривавший плаценты, на основании образования ретроплацентарной гематомы, эту частоту определяет равной 6% (30:500).

В акушерской клинике Государственного акушерско-гинекологического института за период времени с 1908 г. по 1920 г. включительно было всего 48 случаев преждевременной отслойки плаценты на 27 200 родов, что составляет один случай на 566,6 родов или 0,18%, т.е. в два раза реже, чем предлежание последа (Поволоцкая).

Нарушение связи между последом и маточной стенкой может происходить на меньшем или большем пространстве, в центре или по периферии, быть частичным или полным и, в зависимости от условий, дать ту или иную клиническую картину.

ЭТИОЛОГИЯ.

Этиологический базис преждевременной отслойки плаценты лежит в том, что уже к концу беременности происходят регрессивные и дегенеративные изменения основных слоев децидуальной оболочки (Schickel). Перегородки губчатого слоя в это время исключительно тонки, почти паутинообразны. Однако, они содержат сосуды относительно больших калибров, которые на поверхности перегородок извиваются, не прикрываясь и не подкрепляясь соединительной тканью, что и предрасполагает сосуды к легким разрывам. К тому же через нее протекает, благодаря дилатации сосудов, большое количество крови (Frankl). Всякое, даже самое незначительное нарушение связи будет сопровождаться кровотечением и образованием ретроплацентарной гематомы. Гематома, вначале незначительная по объему, будет оттеснять окружающие ткани и производить все больший разрыв сосудов, благодаря чему кровоизлияние будет увеличиваться. Отслойка может происходить в центре и тогда при плотной периферической спайке кровотечение наружное отсутствует, или с периферии и тогда кровь, проникая между оболочками яйца и стенкой матки, может появиться наружу.

Во время родов нормально прикрепленная плацента, т.е. расположенная в дне и теле матки, по передней или задней стенке, как правило, не отделяется, потому что она расположена в верхнем сегменте матки, т.е. выше зоны растяжения, и прогрессирующее растяжение нижнего сегмента не вызывает нарушения связи с маткой, она только подвергается давлению со стороны полого мускула, к чему, благодаря своему губчатому строению, легко приспособляется и кроме того отделение не происходит вследствие противодействия со стороны плодных вод и плода. Если же плацента уже в периодах раскрытия и изгнания или даже во время беременности теряет связь с маткой, то для этого должно быть наличие особых условий. Этиологические моменты могут быть или чисто внешнего характера — механически-травматические причины — или же внутреннего порядка, зависящие от свойств

яйца, плодовместилища или даже от состояния самого материнского организма. Прежде всего приходится думать о травматически-механических причинах, к которым относятся инсульты, непосредственно действующие на место прикрепления плаценты, внутриматочные манипуляции с целью вызывания родов — бужирование и, возможно, половые сношения — (случай P a p k o w 'a), ненормальное укорочение пуповины и влечение со стороны плотных яйцевых оболочек.

Удары по животу, падение с высоты прямо на живот, удар копытом или рогами коровы — все это, конечно, случается, но чрезвычайно редко, гораздо реже, чем наблюдаются случаи преждевременной отслойки плаценты.

В наших 48 случаях заболевание ни разу не было вызвано травматическим инсультом.

Из 810 случаев отслойки, собранных Гентером, и 165 случаев, добавленных Поволоцкой, отслойка произошла вследствие травмы — 75 раз, т.е. в 7,7%, всех случаев.

Во многих случаях травмы не исключена роль психического влияния (напр., внезапный испуг).

Walthard поднимает вопрос: может ли психический агент — сильные душевные волнения, которым раньше придавали такое большое значение — вызвать преждевременное отделение последа?

В психическом симптомокомплексе страха принимает участие сосудистая нервная система с нарушением равновесия в спланхнико-периферической области. Периферия и внутренности иннервированы синхронично. При испуге имеется внезапное и максимальное симпатикотоническое сужение сосудов периферии с одновременной парасимпатикотонической дилатацией сосудов органов брюшной полости с явлениями отлива крови от кожных покровов и мускулатуры к органам брюшной полости. Внутренние половые органы принадлежат к этой области (Splanchnicus minor, gangl. mesenteric. infer, n. hypogastricus). Благодаря этому отливу крови от периферии в сосудистой системе брюшной полости получается значительный прилив крови. Повышается статическая и динамическая нагрузка стенок сосудов и наступает предел растяжимости их сократительных элементов. Сосуды тонких калибров разрываются. А так как сосуды плацентарной площадки являются наименее устойчивыми, то и они могут разорваться, в результате чего и произойдет отслойка. К тому же страх вызывает в некоторых случаях сокращение матки.

Преждевременная внезапная гиперемия спонгиозных сосудов, вызывающая их разрыв и образование гематомы, а следовательно и отслойку, при находящемся в матке плоде, может произойти и при других условиях: при отхождении большого количества интраамниотической жидкости или после изгнания первого плода при двойнях.

При быстром опорожнении матки (излитие вод — гидрамнион, выхождение первого плода — двойни) происходит уменьшение и приспособление стенки матки к уменьшению объема содержимого маточной полости. Плацента в то же время лишена противодействия изнутри и внешнее давление в виде маточных сокращений вызывает преждевременную отслойку. То же значение имеет начинающееся растяжение нижнего сегмента и угрожающий разрыв матки при узком тазе, при запущенном поперечном положении, при лежащих в малом тазу опухолях. Все более и более усиливающиеся схватки растягивают нижний сегмент, а верхний соответственно утолщается и уменьшает свою поверхность и тем самым создается возможность отделения плаценты.

Внезапные колебания кровяного давления при Базедовой болезни и других нарушениях кровообращения могут вызвать разрыв губчатых перегородок и сосудов. В этих случаях ретроплацентарная гематома образуется первично, вызывая отслойку.

Сама собою понятна связь между преждевременной отслойкой и короткостью пуповины, которая может быть первично ненормально короткой (абсолютное укорочение) или же стать таковой вследствие обкручивания вокруг частей плода (относительное укорочение). При поступательном движении плода разрывается не пуповина, а отделяется плацента.

Вообще короткость пуповины как этиологический момент играет роль очень редко. На вышеприведенное число случаев (975) отслойки короткая пуповина встретила лишь 6 раз, составляя 0,6%.

Случаи данной категории должны быть отнесены к легким, так как при них отделение плаценты происходит во II периоде родового акта, кровотечение никогда не достигает значительной степени и период родов позволяет в случае нужды применить тот или иной способ родоразрешения.

К группе случаев с механической этиологией относятся также те, где причину отслойки служит поздний разрыв пузыря. Все глубже и глубже вступающий во влагалище и

даже выдающийся в вульву, нижний полюс яйца будет оказывать влекущее действие на нижний край плаценты и отделит его от стенки матки. Эти случаи относятся к наиболее легким. Они часто остаются нераспознанными, так как незначительному наружному кровоотделению не придают значения, а плаценты не всегда тщательно осматриваются. В этих случаях единственным терапевтическим вмешательством будет разрыв пузыря.

Некоторыми авторами этому этиологическому моменту не придается никакого значения, ибо, по их мнению, при целом пузыре отслойки быть не может, а если она происходит, то должна быть какая-нибудь другая причина, например, — заболевание почек, вызвавшее эндоартериит [Herzfeld].

Вышеизложенные этиологические моменты травматическомеханического происхождения имеют второстепенное значение.

При этом осложнении главную роль играет ненормальная разрываемость спонгиозных сосудов, что имеет место при нефритах и токсикозах, при которых повышенное кровяное давление есть действующий фактор. Chautreuil первый указал на связь между заболеванием почек и преждевременным отделением нормально прикрепленной плаценты.

Впоследствии Winter и Fehling показали, что главной причиной этого тяжелого осложнения родового акта являются страдания почек у матери, нефриты и нефропатии. Эта связь обуславливается сопутствующими нефриту анатомическими изменениями, именно воспалительными процессами в эндометрии. Наклонность к кровотечениям при нефритах общеизвестна (кровоизлияние в глазное дно, в мозг, маточные кровотечения). Артериальные же кровеносные пути, несущие кровь в межворсинчатые пространства, в базальном слое переходят в расширенные эндотелиальные трубки, которые не могут долго противостоять ненормально повышенному давлению (Gottschalk).

Другими же авторами (Veit, Aschner, Schäffer) на первый план выдвигается заболевание ворсинок, которые, проникая в общий круг кровообращения, вызывают альбуминурию, — химическое следствие явления. Повышение кровяного давления, связанное с альбуминурией, вызывает отслойку плацент — механическое следствие явления.

С точки зрения Abderhalden'a во время беременности плацентарный белок, попадая в кровь, вызывает при нор-

мальных отношениях продукцию защитительных ферментов, которыми и обезвреживается. При патологической беременности эти защитительные ферменты недостаточны, так что плацентарный белок не обезвреживается и раздражает почки, как какой-либо токсин, вследствие чего наступает альбуминурия.

Нужно думать, что альбуминурия и связанная с нею отслойка плаценты вызывается не продуктами распада детского места, а те же химические продукты яичевого обмена веществ, которые вызывают повреждение в различных органах, оказывают свое влияние и на плаценту. Необходимо учитывать токсические влияния, исходящие от плода и придатков, и считать это заболевание одним из многочисленных и разнообразных явлений токсикоза беременных.

На нашем материале нужно отметить относительную частоту альбуминурии: на 48 случаев — 17 раз, из них 7 раз нефрит и 2 раза эклампсия. Суммируя все случаи альбуминурии как наши, так и авторов, получим 42,1%.

Казалось бы, сочетание эклампсии с преждевременной отслойкой, как проявлениями токсемии беременных, должно встречаться часто, что и отмечается некоторыми авторами. Так, на 328 случаев (Goodal и Holms) эклампсия была в 1,8%. Williamson отмечает большую частоту — 8,6% (6:69). Portes на 73 случая эклампсию отметил в 8,3%. Holms склонен думать, что при одновременной отслойке и эклампсии действуют два различные токсические момента.

Все случаи, осложненные нефритом, принадлежат к тяжелым, где на первый план выступает картина внутреннего кровотечения. Из 12 женщин нашего материала погибли 2 и только один младенец остался жив.

Для иллюстрации приведу историю болезни этих случаев.

1-й случай: Молодая, 18 лет, первородящая, среди полного здоровья почувствовала головокружение, тошноту и доставлена в клинику с явлениями острого малокровия, без наружного кровотечения. Клиническая картина демонстративна; напряженная, не расслабляющаяся вне схваток матка. Смерть плода. Катастрофа разразилась в начале периода раскрытия. Перфорация произведена при зеве в 2 пальца, при тяжелом состоянии больной. Послеродовая атония матки, отчего и последовала смерть.

На аутопсии обнаружены в мышечной стенке и под серозным покровом матки множество кровоизлияний.

2-й случай. — Больная доставлена на носилках, с бледными общими покровами, в неполном сознании. На все предложенные вопросы отвечает:

„холодно“. Матка очень плотная, сердцебиение плода не слышно. Окружность 96, кожа отечна. На левой голени — специфические рубцы. Таз 30 — 27 — 25 — 19. Среди полного благополучия за утренним чаем — обморок. Пульс 100 — 110. Исследование: шейка не сглажена. Пузырь напрягающийся! Предлежит высоко стоящая головка. Мочи через катетер около чайной ложки. 22 ч. 40 м. Зев открыт на 3 пальца. Пузырь резко напряжен. Крупная предлежащая часть высоко над входом. Матка резко напряжена. Наружного кровоотделения нет. Бледность общих покровов, слабый частый пульс. Поворот и извлечение. Плод мацерированный. При разрыве пузыря вышло большое количество вод (Polyamnion). По рождении плода вышла сразу плацента, масса старых сгустков и темной жидкой крови. Обследование полости матки рукой и промывание горячим борным раствором (40°), 2 шприца ergotin'a под кожу и массаж матки вызвали хорошее сокращение матки. Но в это время больная начала терять пульс и дышать прерывисто. Под кожу 400 г физиологического раствора, 10 шприцев ol. camphorae и произведено искусственное дыхание. Несмотря на принятые меры, в течение получаса больная медленно угасала. Роды 13 ч. 5 м. Плод мертвый, мацерированный, 2000,0 г. Пуповина 36 см.

Однако, в значительной части случаев, как указано выше, поражение почек не встречается, и причину заболевания нужно искать в местных изменениях эндо- и миометрия или в самой плаценте. По словам Schickel, „путь к уразумению этого редкого заболевания лежит в изучении изменений плаценты и главным образом матки“.

Несомненно, большое значение имеют изменения самой плаценты. Здоровая плацента приспособляется к пространственным изменениям, которые происходят при сокращениях матки, больная же, рубцово измененная плацента лишена этой способности, почему уже и при предродовых сокращениях может произойти частичное ее отделение.

На почве заболевания эндометрия может быть образование больших плацент, каковое обстоятельство будет играть роль в преждевременной отслойке, на что обращает внимание Носче. Если во время роста долек отсутствует плотное соединение, то компенсаторно происходит больший рост поверхности. Такие плаценты отделяются преждевременно, не потому, что они ненормально велики, а они ненормально велики потому, что не прикреплены достаточно плотно. У нас отмечены ненормально большие плаценты в трех случаях: 760, 700 и 650 г.

Казалось бы, сифилис, имеющий столь большое значение в патологии плаценты, должен был бы играть роль при интересующем нас осложнении. Однако, в литературе по этому поводу имеются лишь единичные, казуистические сообщения.

В диссертации Гентера нет случаев, у Кипарского есть ссылка на случай Limbacher'a.

В просмотренной нами литературе встретились лишь 2 случая. У нас косвенное указание на сифилис можно видеть в случае, где у больной Р., 36 лет, все дети умирали до 3 недель и в тяжелом случае нефрита (описание выше).

Это заболевание чаще встречается у многорождающих, чем у перворождающих.

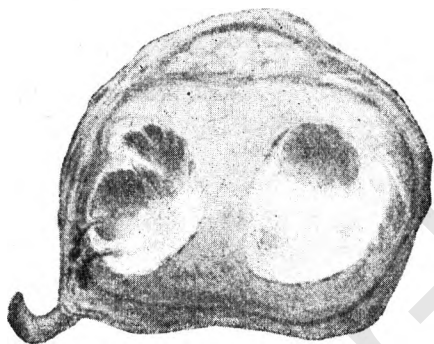


Рис. 24. Плацента с 2 ямками от ретроплацентарной гематомы. (Из Бумма.)

В собственной статистике Гентера I-рага было 22,82% и m-рага 77,18% на 493 случая. У Гуд а ля — на 106 случаев I-рага 12,57%; m-рага — 87,5%. У Голмиса — на 200 случаев I-рага 19,2%; m-рага — 81,8%. У нас было I-рага — 33,33% и m-рага — 66,60%. Фрей указывает те же отношения, что и у нас: m-рага встречается в 2 раза чаще, чем I-рага.

Пропорционально с возрастом повышается частота осложнения, достигая максимума к 40 годам. Этот факт имеет этиологическое значение, потому что физиологическая эластичность и сопротивляющая способность матки уменьшается с возрастом и с каждой последующей беременностью.

Часто беременность прерывается раньше срока. Преждевременные роды встречаются в 44%.

При данном заболевании плацента представляет типические особенности: поверхность ее покрыта стустками разнообразной величины; на месте, где сидела гематома, имеется тарелко- или гнездообразное углубление и уплощение (рис. 24). Дольки и интравиллезные пространства сдавлены. Здесь ткань значительно тоньше и плотнее, напоминает легочную ткань при крупозной пневмонии. Вокруг же имеется нормальная губчатая ткань. Часто стустки расположены на одном уровне с остальной тканью плаценты. Отделившаяся полностью плацента компрессирована, плоска и истончена. Дольчатое строение почти исчезает. В самой толще плаценты могут быть геморрагические гнезда и инфаркты межворсин-

чатых пространств. Часто встречаются известковые отложения и белые инфаркты. Разрыв оболочек находится на расстоянии не менее 8—10 см от края плаценты, что указывает на его высокое расположение.

Объяснения целого ряда случаев отделения нормально прикрепленной плаценты могут быть найдены в изменениях децидуальной оболочки, плаценты и самой маточной стенки, которые могут выражаться в легчайших воспалительных экссудативных процессах в децидуальной оболочке и в дегенеративных изменениях децидуальных клеток до картины тяжелых воспалений и далеко зашедшего некробиоза; последние сопровождаются более или менее сильными кровоизлияниями в отпадающей оболочке или плаценте и даже в толще маточной стенки, дегенеративными изменениями мускулатуры стенки и соединительной ткани с тромбозированием сосудов.

При микроскопических исследованиях Meyer, Weiss, Seitz находили тесно прижатые друг к другу переполненные кровью ворсинки с лишенными крови или даже почти исчезнувшими узкими интравиллезными пространствами, которые выполнены фибрином, эпителий ворсинок разрушен, сосудов не видно, строма содержит многоядерные лейкоциты и клеточный распад. В сосудах утолщение *intimae* и *mediae*. Артерии, впадающие в межворсинчатые пространства, закупорены старыми сгустками, то же наблюдается и в отходящих венах.

СИМПТОМЫ.

Переходя к описанию симптомов данного заболевания, нужно указать, что клиническая картина его чрезвычайно разнообразна и меняется в зависимости от этиологических моментов. Там, где налицо причина механического порядка: — короткость пуповины, влечение со стороны оболочек, рождение первого плода при двойнях, растяжение нижнего сегмента матки, — симптомы появляются большею частью на высоте родового акта, во втором периоде. Наружное кровоотделение не достигает значительной степени. Общее состояние больной иногда остается удовлетворительным, со стороны же плода отмечаются тревожные признаки — замедление сердцебиения и заглушение его, — указывающие на опасность асфиксии. Если родоразрешение последует быстро, то и мать и ребенок не страдают, и осложнение узнается по быстроте выхода плаценты, которая выходит сразу за плодом. Иногда этот

признак может отсутствовать, если плацента прикреплена частично к матке. В большинстве случаев за плацентой выходит большее или меньшее количество сгустков крови, часть которых прикреплена плотно к ткани плаценты. В случаях же, где имеются причины токсические, клиническая картина грозна и носит характер катастрофы. Заболевание проявляется внезапно, без видимого повода, в большинстве случаев до начала родовой деятельности или при первых схватках. Развивается острое малокровие, часто без наружного кровоотделения, или же последнее будет настолько незначительно, что им одним нельзя объяснить крайнюю бледность покровов, частый, малый пульс, обморочное состояние. Остается предположить наличие внутреннего кровотечения, на что и указывает напряжение живота и самой матки. Напряжение последней может быть настолько значительным, что матка является плотной как доска, болезненной и не расслабляется вне схваток. Кроме того, отмечается несоответствие между величиной ее и сроком беременности. Дно ее стоит у самого подреберья. Обыкновенно части плода не прощупываются и сердцебиение не выслушивается, так как уже сразу наступает смерть плода. Нередко картина сопровождается перитонеальными явлениями: тошнотой и рвотой.

ДИАГНОЗ.

Преждевременное отделение плаценты может быть смешано: 1) с предлежанием плаценты или с низким ее прикреплением, 2) с разрывом матки или внематочной беременностью, 3) с гидрамнионом и 4) с двойнями.

Ad 1. Легкие формы преждевременного отделения последа легко отличаются от его предлежания, так как явления кровотечения в первых наблюдаются во II периоде родов, а при предлежании — раньше родов и в начале их. При тяжелых формах — тем, что матка как правило сильно напряжена, плотна, увеличена, части плода не прощупываются и сердцебиение и движения плода не определяются ни акушером, ни матерью. К тому же при внутреннем исследовании не находим плаценты в области внутреннего зева.

При предлежании матка не увеличена, нормальной плотности величины, явлений внутреннего кровотечения нет, а только наружного, плод долгое время живет и погибает обыкновенно лишь во втором периоде или даже рождается живым.

От низкого прикрепления плаценты различаем по тем же признакам, но при очень малом отделении плаценты с наружным кровотечением труднее отличить от предлежаия; главное отличие, что при разбираемой форме преобладает внутреннее кровотечение, а при низком прикреплении плаценты — наружное, и что при последнем более выражена связь кровотечения с маточными сокращениями. Иногда точный диагноз устанавливается только на основании осмотра плаценты и оболочек (вдавление на плаценте и разрыв оболочек на 8—10 см от плаценты).

Ad 2. Иногда смешивают разрыв матки с разбираемой формой, но отличие очень резкое в состоянии матки. Сходство—в явлениях внутреннего кровотечения, смерти плода, а в некоторых случаях и этиологического момента (травма живота), различие—в матке плотной, хорошо контурируемой, с плодом, недоступным определению, с малым раздражением брюшины, с наличием маточных сокращений, определяемых самой женщиной.

При разрыве матка скоро выбрасывает плод в брюшную полость, а иногда и плаценту, после чего резко уменьшается и отклоняется в сторону. Поэтому она определяется неясно, а плод определяется чрезвычайно ясно. Явления раздражения брюшины скоро делаются резко выраженными.

Вышеизложенное относится к полному разрыву, уже существовавшему некоторое время. В начальной стадии разрыва, как и отделения плаценты дифференциальный диагноз представляется более трудным.

Возьмем случай высокостоящего контракционного кольца при узком тазе с появившимся кровотечением. Оно может быть и от начинающегося отделения плаценты и начинающегося разрыва матки. Я могу указать только на один признак, различный для этих форм, к сожалению, не всегда достаточно ярко выраженный, — это разница в болевых ощущениях. При начинающемся разрыве боль будет более резко выражена, она будет сосредоточена главным образом в определенном месте, где начинается разрыв, а в начале отделения плаценты такой локализации боли не будет, да к тому же она будет слабо выражена повсюду. Другой признак еще менее надежен: кровь при разрыве более ярка, чем при отделении плаценты.

Ad 3. В тяжелых случаях *hydrampion* настолько истощает и ослабляет женщину, что она может впасть в обморок, и пульс будет у нее слабым и мягким, а кожа и слизистые оболочки бледными и малокровными.

При *hydramnion*'е матка по большей части шарообразна, при отделении плаценты обыкновенно овальна. *Hydramnion* дает флюктуацию, плод при нем жив, течение имеет хроническое, во всяком случае неделями. Бледность — не столько от потери крови, сколько от истощения.

Ad 4. При двойнях части плода определяются и ясно и обильно, сердцебиение их определяется легко, бледность от истощения, а не от малокровия. Течение хроническое.

Поздняя внематочная беременность редка, отличие — как и от разрыва матки.

ПРОФИЛАКТИКА.

В некоторых случаях мы можем предотвратить или задержать отделение плаценты. Так, следует разрывать немедленно пузырь, как только он показывается в области вульвы, а при начавшемся кровотечении во II периоде исследовать больную и разорвать пузырь. При двойнях не слишком быстро освобождать первый плод и тщательно наблюдать за сердцебиением второго после рождения первого. Не делать немедленно разрыва пузыря у второго плода, а выждать минут 8—10, если, конечно, нет специальных показаний к немедленному родоразрешению.

Точно также при *hydramnion*'е не рвать пузырь широко и в самом нижнем сегменте яйца, а пройдя 5—6 см выше внутреннего зева, небольшим проколом, через который и выпустить определенную для каждого случая массу воды.

Важно следить за состоянием почек у беременных и назначать соответственное лечение и режим и тем спасать их как от отделения плаценты, так и от эклампсии. В случае прогрессирующего явления поражения почек ставится вопрос о преждевременном прерывании беременности.

ПРОГНОЗ.

Опасность для матери велика, но для плода она несравненно большая. Если отделена половина поверхности последа, — ребенок потерян, если одна треть, то при быстром родоразрешении он может быть спасен.

Плод погибает от асфиксии, а не от кровотечения, так как, как правило, не происходит нарушения целостности сосудов ребенка: — при этом осложнении ребенок обыкновенно не теряет крови. Наружное кровотечение менее угрожает жизни плода, чем внутреннее, потому что при излитии крови наружу

меньше происходит отслойки плаценты. Судьба ребенка зависит от величины отделения и от момента, в который произошла катастрофа: если во время беременности при достаточной величине, то плод неминуемо гибнет, если же во время изгнания, то шансы на спасение несколько большие. По словам Гентера, „большинство или даже все дети падают жертвою этого грозного заболевания“.

Для матерей предсказание несколько лучше. Они гибнут от острого малокровия, от шока при перерастяжении матки, часто от тяжелой послеродовой атонии, которая по Albesk'у бывает в 14% случаев. У Zweifel'я на 22 случая было 9 раз атоническое кровотечение, от которого 4 больные погибли. Атонические кровотечения описаны Wepfer'ом. Из наших последних двух смертных случаев одна больная погибла от атонического кровотечения.

Паралич маточной стенки есть результат перерастяжения органа, с одной стороны, и следствие токсемии — с другой. Эксквизитно геморрагически действующий токсин вызывает острое повышение давления в мелких сосудах и капиллярах, вследствие чего получается кровяная инфильтрация маточной мускулатуры с разрывами ее и разрывами серозного покрова и просачиванием крови в брюшную полость. Такие случаи описаны Zweifel'ем, Поттоцким и другими.

В нашем материале кровоизлияния и надрывы матки, проникающие в толщу, были в одном случае. Portes'ом из литературы собраны 73 случая.

По данным просмотренной мною литературы смертность детей колеблется между 57,5% и 90%. У нас из 47 умерло 23 младенца или 48,9%. Но в 15 тяжелых случаях, где были признаки внутреннего кровотечения, все 15 младенцев погибли. Смертность матерей наибольшая в случаях, в которых отделение происходит вследствие токсемических причин. Она колеблется от 4,25% до 32%.

На нашем материале из 47 разрешившихся женщин умерли две, т. е. смертность = 4,25%. Если же взять только группу нефритов, то окажется, что из 12 женщин умерли две, т. е. $\frac{1}{6}$ всех больных.

ЛЕЧЕНИЕ.

И здесь причинное лечение должно быть поставлено на первый план, тем более, что в ряде случаев этой аномалии

оно представляется в высокой степени действительным. Рассмотрим сначала наиболее простые случаи.

Итак, если мы имеем дело с отделением плаценты после рождения первого плода при двойнях, лечение будет состоять в скорейшем окончании родов, которое выгодно здесь как для матери, так и для плода. Самый скорый и наиболее выгодный способ приэтом будет поворот полной рукой на ножку с немедленным извлечением.

Как правило, поворот при данных условиях чрезвычайно легок — пути подготовлены, ребенок небольшой, матка вяла и не представляет препятствия к повороту. Само собой понятно, что если бы головка плотно установилась во входе в таз или опустилась в полость таза, следовало бы извлечь ребенка щипцами.

При своевременном диагнозе и пособии предсказание для матери и для ребенка вполне благоприятно.

Также ясно определяется пособие, если отделение плаценты произошло вследствие замедления разрыва пузыря. Здесь отделение плаценты начинается обыкновенно с нижнего конца, и кровотечение узнается очень скоро, следовательно и мать, и плод могут еще не пострадать сильно. Разрыв пузыря сразу останавливает прогрессирование аномалии и тем ставит мать и ребенка в лучшие условия, чем это было раньше.

С разрывом пузыря устраняется продвижение оболочек вниз, а следовательно и потягивание за плаценту. Плод получает возможность двигаться вперед без оболочек, а последние получают возможность двигаться вверх с маточной стенкой.

Также ясен наш образ действий при короткой пуповине — абсолютной или относительной.

Спасти ребенка и прекратить кровотечение мы можем лишь быстрым разрешением больной, а так как обыкновенно это бывает во II периоде родов, когда головка опускается в полость таза, то щипцы окажутся самым подходящим пособием при данном осложнении. Правда, натяжение пуповины приэтом еще более усилится и последняя даже может разорваться. Но без этого обойтись нельзя, и лучше не ждать дальнейшего кровотечения, грозящего опасностью для матери и плода. Итак, наложение щипцов с извлечением ребенка.

При отделении плаценты вследствие высокого стояния контракционного кольца, мы должны немедленно разрешить больную, как правило, наложением щипцов, а в исключительных случаях — при явлениях угрожающего разрыва —

даже перфорацией живого ребенка, если щипцы окажутся несостоятельными.

В самом деле, такое положение может быть лишь после продолжительной и сильной родовой деятельности и давнего отхождения вод. Поворот на ножку здесь противопоказан вследствие сильного растяжения нижнего сегмента матки; кесарское абдоминальное сечение противопоказано вероятностью инфекции полового канала и следовательно большою опасностью для матери; остаются одни щипцы, а если они не удались, наиболее безопасный способ, остающийся в наших руках, будет немедленное родоразрешение при помощи перфорации. При настойчивом желании матери иметь живого ребенок может быть применена *rubiotomia*.

При мертвом ребенке, конечно, выгоднее закончить роды перфорацией и извлечением. Последняя может быть применена и при умирающем ребенке, если нижний сегмент матки очень сильно растянут, а щипцы будут трудными (во избежание разрыва матки). Конечно, при этих условиях очень важно хорошо фиксировать головку снизу, захватывая кожу головки двузубцами или трезубцами или даже несколькими пулевыми щипцами, чтобы при перфорации она не отодвигалась вверх и не растягивала бы еще больше нижний сегмент матки. Гораздо разнообразнее будет пособие при отделении плаценты в связи с *hydranion*'ом, считаясь с открытием зева, когда произошло отделение. Если зев будет совершенный или открыт на 3 пальца и более, поворот на ножку даже с немедленным извлечением будет наиболее выгодным пособием. Если бы зев был толст и неподатлив, можно было бы произвести на нем насечки.

После совершения поворота следует впрыснуть *pituitrin* (или другой препарат *hypophysis*), и при зеве на 4½ пальца и более делать извлечение, а при меньшем раскрытии установить состояние плода и наличие или отсутствие внутреннего кровотечения. При благоприятных данных возможно выжидание, при неблагоприятных должно разрешить больницу. Мертвый плод заставляет иметь в виду только интересы матери, при умирающем образ действий должен варироваться, считаясь и с желанием матери иметь живого ребенка даже с опасностью для ее собственного здоровья и жизни, так и с трудностями родоразрешения при данных условиях, которые важны как для матери, так и для плода.

Нужно также иметь в виду, что при чрезмерном накоплении околоплодных вод ребенок нередко бывает уродом (у Виридарского — 10%).

Сложнее дело, если прохождение вод и отделение плаценты произошло при мало открытом зеве. Наше пособие при этом будет разнообразно и в связи с состоянием матери и плода, а также и обстановки, в которой оказывается помощь.

В общем нужно сказать, что отделение плаценты при этой форме, без продолжающегося кровотечения, протекает относительно благоприятно: из 6 случаев, описанных Поволоцкой и Кипарским, все матери остались живыми и даже 5 плодов родились живыми, причем терапия в этих случаях была умеренно активная. Поэтому в большинстве случаев можно ограничиться впрыскиванием препаратов *hypophysis*, горячим спринцеванием, покоем, кисловатым питьем. И если кровотечение остановилось, то — выжидание до того момента, когда родоразрешение поворотом или щипцами не делается совершенно типичным, а при удовлетворительном состоянии матери — даже выжидание до естественного родоразрешения.

Иначе приходится действовать при прогрессирующей анемии, когда состояние больной чрезвычайно тяжело и приближается к летальному исходу. Плод при таких условиях будет мертв и, следовательно, над ним мы свободно применяем уменьшающие операции — перфорацию при предлежащей головке, рассечение или вывих ключицы, а при ягодичном предлежании — удаление внутренностей для более легкого проведения груди и вышепоименованные операции. Смотря по раскрытию зева можно применить двуручное растяжение его или с насечками, а в больницах и клиниках при очень малом раскрытии — и влагалишное кесарское сечение, вернее *hysterotomia anterior* с уменьшением плода. Едва ли абдоминальное кесарское сечение даст здесь лучший результат. Судя по моему опыту, такие случаи встречаются крайне редко.

Теперь мы переходим к самой тяжелой группе, где отделение плаценты произошло на почве патологического состояния матки и сосудистой системы. Эти случаи самые тяжелые, так как появляются внезапно, обыкновенно на дому, у женщин, незадолго перед этим чувствовавших себя относительно удовлетворительно, почему они попадают под наблюдение врача поздно и в крайне тяжелом состоянии.

Здесь будут иметь место две возможности: тяжелое состояние матери сделалось стационарным, а другая — оно ухудшается.

Для выяснения этого вопроса необходимо тщательное наблюдение за пульсом матери, за ее дыханием и за общим состоянием.

Если положение не ухудшается, мы можем выждать, усиливая родовую деятельность или ожидая таковую, если бы это произошло во время беременности. Как правило, схватки скоро появятся и понемногу роды пойдут вперед.

Кроме частоты пульса и дыхания, измеряем также окружность живота и высоту стояния дна матки и следим за плотностью ее. Впрыскивание небольших доз pituitrin'a и других препаратов гипофиза — рационально. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ шприца впрыскиваются с промежутками в 1 час.

При наличии схваток можно разорвать пузырь, матка спадается и сокращается обыкновенно сильнее. Плод, как правило, при этом погибает рано — нередко уже при первом приступе. Кроме pituitrin'a можно применить горячие спринцевания, кислое питье. Следует также испробовать желатину (10% раствор по столовой ложке, раз 6 в сутки) и конечно физический и психический покой. На последнее, как мне кажется, мало обращают внимания, а между тем оно имеет огромное значение, так как беспокойство, страх может усилить деятельность сердца, поднять кровяное давление и прорвать тромбы, закрывающие просветы сосудов.

На основании наблюдения нескольких десятков преждевременных отделений плаценты у меня получилось впечатление, что кровотечение прекращается совершенно, если оно не наблюдалось в течение 12 час., конечно, при условии правильного режима. В подобных случаях при зеве пальца на 4 разрывают пузырь, а при замедлении родов после этого можно произвести перфорацию мертвого плода и извлечение краниотрактором или низведение ножки и медленное извлечение, может быть, с эмбриотомией и перфорацией последующей головки, если имелось ягодичное предлежание.

Гораздо сложнее положение, требующее самой широкой индивидуализации, когда при приеме мы не можем сказать, остановилось ли кровотечение. Наблюдение в течение некоторого срока здесь необходимо для более или менее точного диагноза этой детали. Если диагноз отделения плаценты установлен, впрыскивание препаратов гипофиза показано. В клиниках и больницах, где лапаротомия — обычная вещь, при прогрессирующем кровотечении показана лапаротомия или влагалищное кесарское сечение. Первое предпочтительно в тех случаях, где имеется основание думать, что стенка

матки резко изменена. Второе сочетается обыкновенно с поворотом или с перфорацией и извлечением.

Там, где кесарское сечение невозможно, т. е. в частной практике и в небольших родильных приютах с недостаточным персоналом, а может быть и инструментарием, приходится вести дело выжидательно, и в таком случае применяется то, что уже было указано для более легких случаев, т. е. прежде всего покой и впрыскивание препаратов гипофиза, одновременно следует ввести препараты *secale*, т. е. *ergotin* 0,1 (10%—1,0) или *secacornin* 0,5—1,0, или *gynpergen* 0,5. Горячие спринцевания, холод на матку, кислое питье, желатина внутрь или даже под кожу (см. лечение кровотечений при гемофилии). Хорошим лечебным приемом я считаю вскрытие пузыря, к которому одни относятся совершенно отрицательно (Hofmeier), заявляя, что с падением внутриматочного давления создаются благоприятные условия для усиления кровотока, в то время как другие (Иванов) считают его превосходным средством, дающим иногда блестящие результаты. Мои наблюдения до некоторой степени примирают эти противоречия: там, где имеется родовая деятельность, разрыв пузыря я рекомендую и видел от него хорошие результаты; в тех же случаях, где ее нет, этот прием сомнительного значения и его можно применить лишь как *ultimum refugium*.

В общем же следует стремиться к бережному ускорению родов — ручное растяжение зева, метрейриз показаны. Хорошо произвести поворот на ножку по Braxton-Hicks'y, если он может быть совершен без большой травмы матки, а при раскрытии на 3 пальца и даже на 2 $\frac{1}{2}$ можно применить и перфорацию с последующим наложением краниокласта и медленным извлечением плода. Все же эти форсированные приемы переносятся больной плохо, и лучше, если к ним прибегают при более подготовленных родовых путях.

В Государственном акуш.-гинеколог. институте мы применяли почти максимально выжидательный метод: ни в одном случае не было произведено кесарское сечение, и тем не менее результат очень хороший, один из самых лучших в международной литературе: на 70 случаев 4 смерти, т. е. 5,7% смертности, и это за 18 лет деятельности института. Значение этого факта повышается тем, что и в предыдущие 14 лет (отчеты Виридарского и Чапина) на 18 случаев преждевременного отделения плаценты наблюдалась

лишь одна смерть, следовательно; смертность составляла тоже 5,5%.

Эти наблюдения обнимают срок в 32 года и относительно солидную группу наблюдений для этой редкой формы (84 случая).

Даст ли хирургический метод лучшие результаты, для меня является вопросом, и едва ли Поволоцкая права, говоря, что „нельзя наши результаты (4,25% смертности) считать особенно благоприятными“. Из наших последних 12 тяжелых случаев с поражением почек умерли двое, т.-е. 16,6%, в то время как у Zweifel'я из 6 оперированных умерло трое, т.-е. 50%. Гентер собрал 9 классических кесарских сечений с 3 смертными исходами и 11 с иссечением матки с 4 смертными исходами. В общем, следовательно, 35% смертности,—цифра еще очень большая. 17 влагалищных кесарских сечений дали также 4 смертных исхода, т.-е. 23,5% смертности.

В виду того, что влагалищное кесарское сечение менее травмирует женщину, легче переносится ею, я больше склоняюсь к этому методу, тем более, что плод при этом мертв, и мы можем применить уменьшающие его операции.

С другой стороны, теоретически абдоминальное сечение выгоднее там, где матка очень резко поражена кровоизлияниями, а тем более надрывами. Но, к сожалению, диагностировать это своевременно мы не можем. Если же подобный диагноз установлен, то абдоминальное кесарское сечение показано и—в зависимости от повреждений—с удалением матки.

В заключение я полагаю, что широкое применение хирургического лечения пока должно быть предоставлено клиникам и больницам, где обычно применяется хирургическая помощь, и считать неправильным выжидательный метод для большинства врачей пока нет оснований. Большая смертность будет при всяких методах, но широкое применение хирургического лечения в настоящее время, пожалуй, даст еще худшие результаты.

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

ПОПЕРЕЧНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

Не всегда головка или ягодичы находятся у входа в таз, в редких случаях они находятся в стороне. Очевидно, тогда длинник плода не будет совпадать с длинником матки, а будет пересекать его под каким-либо углом, плод будет находиться более или менее поперек матки. Это будет поперечное или косое положение плода.

Такое положение, по заявлению иностранных авторов, встречается круглым числом в одном случае на 200 родов (De Lee, Vint). Однако, Herzfeld для венской клиники на 32335 родов отмечает 379 поперечных положений, т. е. 1,2%, Pinard на 100 000 — 804 случая, т. е. 0,8%.

Приблизительно то же встречается у нас. В Московском родовспомогательном заведении на 182 818 родов было 660 поперечных положений т. е. 1:277, в то время как по Михайлову на 213 284 родов было 2426 поперечных положений, т. е. 1,13%.

ЗНАЧЕНИЕ.

Как правило, роды при поперечном положении жизнеспособным ребенком невозможны, а посему как матери, так и плоду угрожает смертельная опасность, и только операцией они спасаются от смерти. В исключительных случаях роды оканчиваются силами природы, по большей части недоношенным или даже мацерированным плодом, но роды тогда бывают очень трудные и шансы на заболевание матери и на смерть плода очень значительны.

Принимая ежегодное число родов в СССР за 5 800 000 при частоте поперечных положений 1:200, ежегодное число поперечных положений будет 29 000.

Различают *1-ое и 2-ое поперечные положения*, а также *передние и задние виды*. Если головка обращена влево — первое

положение, вправо — второе положение. Спинка вперед — передний вид, спинка назад — задний (рис. 25 и 26).

В начале родов членорасположение плода бывает обыкновенно правильным и бок плода направлен ко входу в таз,

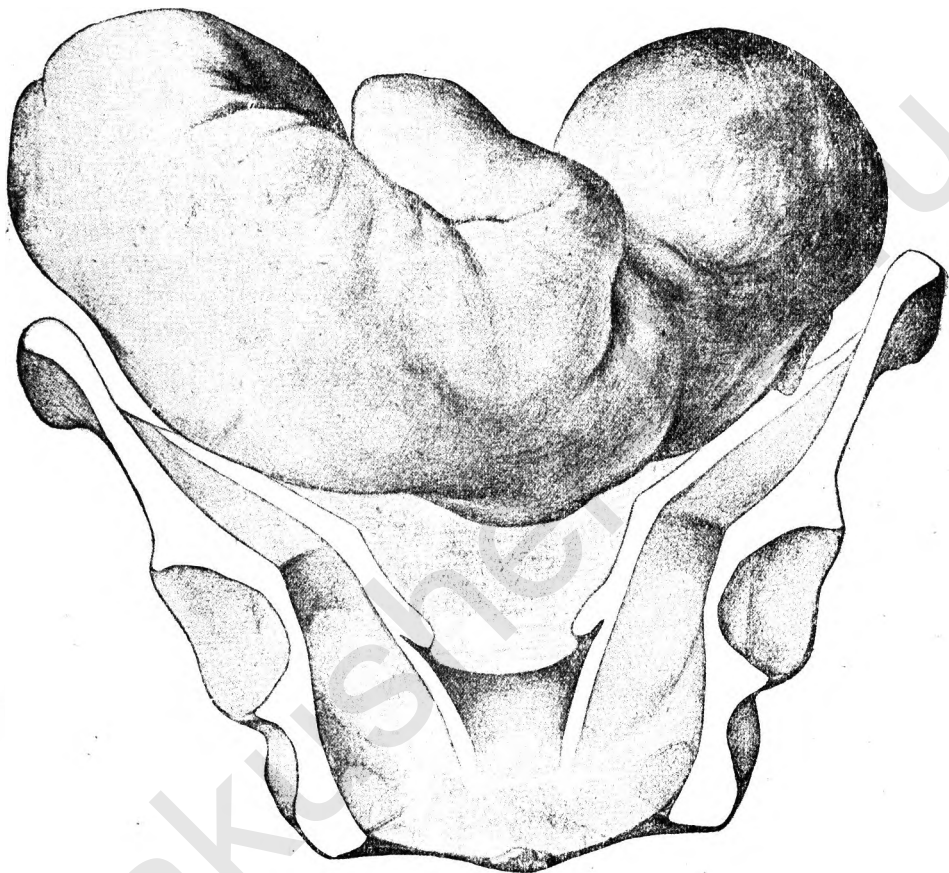


Рис. 25. Поперечное 1-е положение, передний вид. Период раскрытия. Пузырь цел, передние воды свободно сообщаются с задними. Предлежащая часть стоит высоко. (Из Бумма.)

реже могут быть другие предлежания: животом, спинкой и другими частями тела, с выпадением или предлежанием мелких частей.

ЭТИОЛОГИЯ.

Что касается причин, обуславливающих эту аномалию, то для удобства запоминания их следует разделить на следующие

категории: 1) все, что обуславливает большую подвижность плода, 2) неправильности мягких и твердых родовых путей, препятствующие вступлению головки, 3) аномалии яйца.



Рис. 26. 2-е поперечное положение (задний вид) с выпадением задней руки. Большой палец обращен к головке. (Из Stoeckel'я.)

Ad 1. На первом плане следует отметить многоплодность. С каждым родом, в общем, матка делается более вялой; конечно, тут играет некоторую роль и возраст. У Михайлова по мере увеличения родов увеличивается процент

поперечных положений. К тому же ведет большая подвижность матки, как и недоношенность плода. В эту же группу можно отнести *hydramnion*.

Объяснение поперечного положения при данных явлениях не представляет трудности. Мы знаем, что положение плода существенным образом зависит от механических причин, причем самые тяжелые части плода — головка и правый бок (печень) — являются наиболее тяжелыми. Плавая свободно в жидкости при лежании женщины на боку, головка опустится в наиболее низкое место, т. е. к боковой стенке матки.

Ad 2. Не менее важную причину представляет узкий таз. При нем головка не может опуститься и фиксироваться во входе в таз и при положении женщины на боку, по указанной причине, может отклониться в сторону. Иванов в Московском родовспомогательном заведении наблюдал при узком тазе в пять раз чаще поперечные положения, чем при нормальном. Конечно, опухоли матки, как и соседних органов, могут отклонять головку или ягодицы от средней линии. Некоторые аномалии матки также способствуют поперечному положению — *uterus arcuatus* с широким дном, *uterus subseptus* и *uterus bicornis*. Schatz на 34 случая *uterus bicornis* встретил 9 поперечных положений.

Ad 3. Особое предрасположение к этой аномалии дают двойни, при которых один плод препятствует правильному положению другого. Как первый, так и второй плод могут находиться в косом или поперечном положении, а в некоторых случаях — оба. По Werth'у на 1688 двоен в 0,47% имелось поперечное положение обоих плодов, в 5,8% поперечное положение сочеталось с головным и в 3,6% — с ягодичным. По Leonhardt'у поперечное положение при двойнях встретилось в 15%, а по Иванову — даже в 18%.

Также часто (около 10%) поперечное положение наблюдается при предлежании плаценты, которая и сама по себе препятствует фиксации головки во входе, и преждевременность родов при ней, а с другой стороны, и вялость матки, двойни — этиологические моменты этой аномалии — ведут к тому же.

Недоношенные плоды, мертвые, мацерированные чаще встречаются, чем доношенные и живые. Первые, — потому что количество вод в ранние периоды беременности бывает больше, вторые — вследствие отсутствия у них способности удерживать наиболее выгодное положение, каковым является продольное.

Некоторые авторы говорят, что при большом плоде, как и при водянке головки, имеется предрасположение к поперечному положению благодаря плохой фиксации головки у входа в таз, но большая величина ведет к более тесному обхватыванию плода маткой, и поперечное положение будет возможно лишь при вялости матки или большом количестве околоплодных вод, следовательно, при наличии уже указанных моментов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Поперечное положение определяется нами очень легко уже во время беременности. Матка представляется при этом более шарообразной, поперечный размер ее увеличен, продольный уменьшен. Уже один вид такой матки наводит на мысль об этой аномалии, и акушер тотчас приступает к ощупыванию боков матки и находит с одной стороны круглую, плотную часть (головку), а с другой меньшую и менее плотную (ягодицы). Далее, ощупывая переднюю часть, он устанавливает широкую и плотную поверхность, отвечающую спинке плода (передний вид), или небольшие выступы, иногда меняющие свое положение, — мелкие части плода (задний вид).

Особенно характерные данные получаются при обследовании над лоном. Там мы обычно находим головку, реже ягодицы, а при поперечном — там ничего нет, и наши пальцы при вялых покровах могут сблизиться почти до соприкосновения. Характерное явление, свойственное преимущественно поперечному положению.

Если врач производит внутреннее исследование, это характерное явление проявляется особенно резко: исследующий палец ничего не находит из частей плода. Конечно, то же получается при целых водах и в начале родов.

Головка бывает то ближе книзу, располагаясь иногда даже в большом тазу, то кверху при соответственно противоположном положении ягодиц, представляя тогда типичное *косое положение*.

Субъективно женщина несколько не страдает от этого и не имеет каких-либо особых ощущений.

Сердцебиение плода обыкновенно выслушивается ближе к головке, следовательно при первом положении — слева, а при втором — справа. При передних видах оно определяется яснее.

Практичности ради, рассмотрю вопрос, что делать врачу с такими больными.

Смотря по сроку беременности с большей или меньшей настойчивостью он стремится исправить это положение и фиксировать новое правильное, что по большей части и удается. Но не следует в таких случаях развивать большую силу во избежание начала родов, разрыва пузыря и прижатия пуповины.

Обыкновенно с течением времени в особенности при нормальном тазе положение исправляется уже силами природы, и еще чаще, когда мы дали толчок к такому исправлению. Не следует пугать больную, — надо успокоить ее указанием на нередкое наблюдение такого положения и на самопроизвольное их исправление, но в то же время предупредить, чтобы в случае отхождения вод она немедленно направилась в клинику или больницу. В последний месяц беременности попытки к исправлению должны быть более энергичными, и в случае неудачи повторение их через 4 — 6 дней является желательным. Рекомендуются также соответственное положение больной в течение ночи, а при косых положениях даже с подкладыванием подушки на стороне, лежащей внизу части.

На какую часть поворачивать при поперечном положении — на головку или на ягодицы? Как правило, поворачиваем на головку, как наиболее правильное положение. И только, если имеются специальные показания к ускорению будущих родов, например при пороках сердца с недостаточной компенсацией, выраженном эклампсизме, подозрении на предлежание плаценты, при бывшем кесарском сечении или разрыве матки, предпочтительнее ягодичное положение.

Если исправление удалось, можно способствовать фиксации ношением бинта с валиками из ваты по бокам матки, — что может сделать и сама больная.

Переходим к течению родов при поперечном положении. Схватки нередко бывают слабыми, как вследствие вялости матки, которая является этиологическим моментом поперечных положений, так и вследствие отсутствия раздражающего действия предлежащей головки. Эти роды в дальнейшем без надлежащей врачебной помощи дают очень часто *преждевременный разрыв пузыря*.

При продольных положениях предлежащая часть как бы тампонирует нижний сегмент матки и тем понижает давление в области передних вод. При поперечных положениях это отсутствует.

Отмеченное обстоятельство ведет также к тому, что изливается очень много вод, и роды принимают характер сухих. Схватки после этого ведут к сгибанию плода с опущением его боковой поверхности и плеча, реже других частей ко внутреннему зеву. Постепенно плечо вместе с ручкой опускается ниже и ниже, причем нередко ручка первая опускается во влагалище. Часто также опускается и пуповина, так как пупок при таких положениях находится ближе к зеву матки, чем при головных или ягодичных предлежаниях и кроме того ничто не препятствует такому выпадению.

В дальнейшем матка развивает максимальную деятельность, как это всегда бывает при наличии препятствий, шейка матки и нижний сегмент растягиваются больше и больше, в то время как предлежащая часть очень мало подается вперед.

Приэтом наблюдается три исхода.

Развив наивысшую силу в течение более, или менее долгого времени, матка устает и прекращает свою работу. Иногда она после отдыха снова начинает бесплодную работу и в конце концов окончательно слабеет. Силы больной в это время крайне истощены, самозащита слабеет и в половом канале начинается усиленное развитие бактерий, отчасти занесенных туда извне при исследовании, спринцевании, отчасти из находившихся во влагалище и наружных половых частях. Появляется лихорадка, разложение — и больная погибает от заражения.

В других случаях матка работает с такой силой, что шейка и нижний сегмент, который в настоящее время называют *isthmus uteri*, растягиваются так сильно, что в заключение разрываются, получается отверстие в брюшину с последующим перитонитом и летальным исходом.

Разрывы особенно часто наблюдаются там, где матка уже раньше имела надрывы или заболевание, нарушившее структуру и стойкость органа. По большей части это бывает у многоплодных.

В исключительных случаях у женщин с хорошим тазом при недоношенном плоде роды совершаются через естественные пути, ребенок приэтом, как правило, умирает, хотя рождались единичные и живые (до 2700,0 г весом), умирающие обыкновенно в первые дни.

Рождение здесь совершается двумя способами. При первом, наиболее частом, под влиянием сильных схваток плод плечом и боком опускается все ниже, головка задерживается

выше лонных костей, по общему закону механизма родов, ниже лежащая часть приближается к лонному соединению, а животик и ягодицы двигаются возле крестцово-подвздошного сочленения.

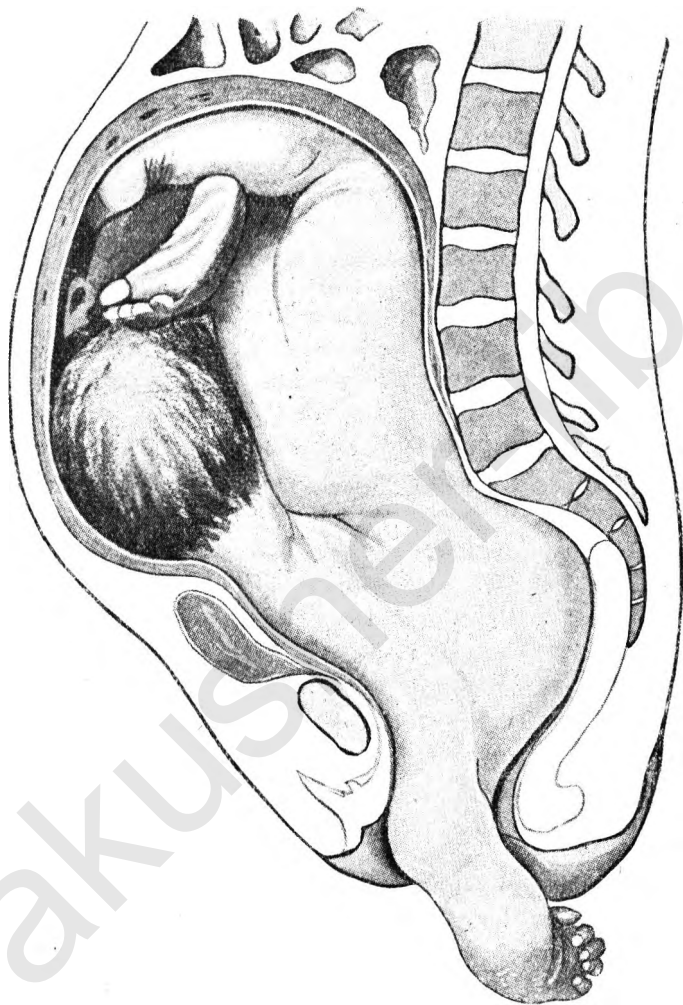


Рис. 27. Самоизворот или самоизвлечение. Метод Дугласа. (Из De Lee.)

Из половой щели показывается бок плода и сзади постепенно выкатываются таз и ягодицы с ножками.

Головка обыкновенно легко рождается, так как она представляет небольшую величину сравнительно с прошедшим сведенным туловищем.

Такие роды имеют очень большую продолжительность, маточные сокращения при них крайней силы и болезненности, и также нередко осложняются развитием инфекции в половом канале.

Это так называемый *самоизворот* или *самоизвлечение* (см. рис. 27).

Реже рождение плода совершается по иному механизму, что наблюдается при более ранних беременностях и с еще большими затруднениями.

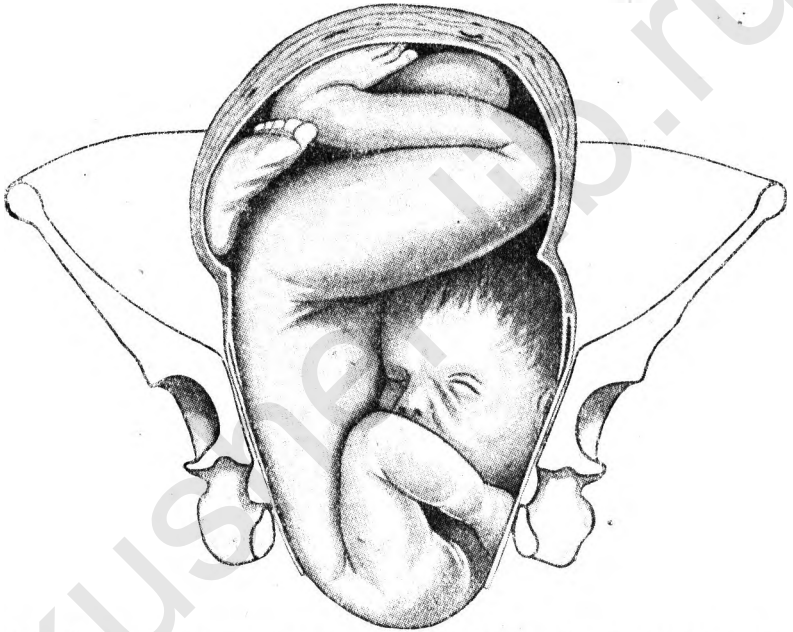


Рис. 28. Роды с сдвоенным туловищем. Метод Roederer'a. (Из De Lee.)

Головка плода вдавливается в грудную клетку и в живот и этот объемистый клубок двигается все дальше и дальше, пока не выйдет из половой щели. *Роды с сдвоенным туловищем (con duplicato corpore)*. (См. рис. 28.)

Описанные явления наблюдаются так редко при жизнеспособных плодах, что на них практически нельзя рассчитывать: плод умирает почти всегда, а мать подвергается очень большой опасности.

Гораздо благоприятнее иногда протекают поперечные и главным образом косые положения в конце беременности и в начале родов.

При появлении предвещающих или родовых болей стенка матки, с одной стороны, давит на ягодицы и приближает их к средней линии, в то время как противоположная сторона давит на головку также по направлению к средней линии. В результате создается нормальное продольное положение — то головное, то ягодичное, смотря по тому, какая часть была ближе ко входу в таз. Такой механизм называют *самоповоротом*.

РАСПОЗНАВАНИЕ.

Как уже сказано выше, диагноз поперечного положения при целом пузыре устанавливается нетрудно при обычных средних данных. Матка имеет больший поперечный размер и меньший длинник, чем обыкновенно. Кроме того, над лоном мы ничего не находим, а по бокам матки определяем части, отвечающие головке и ягодицам.

Труднее определить такое положение при чрезмерном ожирении и при *hydramnion'e*. Однако, внутреннее исследование решает дело. Исследующие пальцы не находят там какой-либо предлежащей части. Диагноз поперечного положения в высокой степени при этом вероятен, и после отхождения вод необходимо повторить исследование, когда он и устанавливается точно.

После отхождения вод при сильных схватках наружное исследование может дать мало данных. Плод скомкан в один клубок и части его плохо определяются. Зато внутреннее исследование дает характерные данные. Прежде всего, нет плотных черепных костей и отсутствуют швы и роднички. Это указывает, что предлежащая часть — не головка, отсутствие *anus'a* — что это не ягодицы. Нет также характерной борозды между ягодицами, с копчиком и крестцом в конце, нет седалищных бугров. Дальше следует найти характерные части для поперечного положения: ребра, ключицу, лопатку; если предлежит живот — пупок с пуповиной, если спина — остистые отростки позвонков.

При плечевом предлежании важно установить подмышечную ямку и верхнюю конечность. Иногда удается достигнуть до шейки и даже головки. Очень редко исследующие пальцы достигают грудины и мечевидного отростка.

Нахождение даже одного из указанных опознавательных пунктов сразу решает некоторые вопросы. Так, остистые отростки, проходящие ближе к лону, или пупок и грудная

кость, лежащие ближе к мысу, указывают на передний вид, при обратном положении — на задний вид.

При определении живота справа, а грудной клетки слева — определяется 1-е положение, т. е. головка слева. При определении плеча слева с грудной клеткой обнаруживается 1-е поперечное положение; при ключице, обращенной кзади и лопаточной ости кпереди, признаем 1-е поперечное положение с передним видом.

Нередко ручка выпадает, тогда диагноз делается еще более легким. При первом положении выпадение левой ручки будет указывать на задний вид, правой — на передний. Самую ручку определять лучше всего наложением своей собственной руки на выпавшую ручку мысленно во влагалище, если она находится там, и реально на глазах, если она торчит из половой щели. Некоторые авторы предлагают как бы здороваться с этой ручкой, но этот способ не так прост, как предыдущий. Впрочем, если кто-либо привык к последнему, конечно, он может пользоваться им с полным успехом.

Ja schke отмечает, что выпавшая ручка имеет большой палец, направленный к головке, и что по этому мы можем устанавливать 1-е или 2-е положение. Но это бывает лишь в большинстве случаев, а не всегда, как показывает рисунок 29, взятый из его статьи (см. рис. 26 и 29).

На рисунке 26 мы видим типичный задний вид 2-го поперечного положения: головка вправо, спинка назад, лопаточная ость и остистые отростки позвонков сзади, ключица спереди, выпавшая правая ручка направляет большой палец вправо, указывая, где находится головка.

Рис. 29 показывает нам передний вид того же положения, но ручка повернулась не обычно — большой палец направлен в левую сторону.

При распознавании никогда не следует пренебрегать наружным исследованием. Оно много помогает делу, и диагноз наш будет более точен, если не один, а ряд признаков будет подтверждать наше заключение.

Точная установка положения и вида крайне важна для операции поворота, а посему в неясных случаях следует для диагноза ввести во влагалище половину или даже всю кисть. Обыкновенно, это следует делать непосредственно перед поворотом, когда таковое введение является необходимым.

Существенно важной частью распознавания будет оценка возможности поворота и шансов на получение при этом случае разрыва матки. Я считаю правым проф. Иванова, утверждающего, что большинство разрывов насильственные, происшедшие от наших операций и манипуляций.



Рис. 29. 2-е поперечное положение с выпадением левой ручки. Большой палец необычно направлен к ножкам. Сильное продольное и поперечное растяжение нижнего сегмента матки, а также сильное сокращение и ретракция верхнего отдела матки. (Из Stoeckel'я.)

В общем поворот легок при целости пузыря. Но и здесь у перворождающих он нередко представляется трудным.

Далее, после прохождения вод в первые 3 часа поворот также считается нетрудным; все же чем больше прошло времени с момента прохождения вод, тем труднее поворот. Особенно важное значение имеет при этом сила маточных

сокращений, которые, с одной стороны, выталкивают околоплодную жидкость из матки, а с другой — теснее обхватывают плод, делая его мало подвижным. Колебания в этом отношении бывают самые разнообразные. Так, мне пришлось иметь дело с поворотом при плоском тазе у крепкой 2-рождающей с головным предлежанием при целом пузыре, потерявшей ребенка при первых родах. Тотчас за разрывом пузыря и введением руки в матку схватки сделались так сильны, что поворот удалось совершить с большим трудом, причем плод погиб.

С другой стороны, я наблюдал больную, у которой воды прошли около двух суток и прошло уже около 12 час., как выпала пуповина. Она еще пульсировала, схватки были слабы, поворот совершился без большого затруднения и ребенок родился живым. В первом случае матка очень сильно сократилась и тесно обхватила плод, во втором сокращения были слабы и матка обладала большей способностью к растяжению.

6—9 часов спустя после прохождения вод поворот, как правило, делается трудным, а в некоторых случаях и опасным. О последнем заключаем по силе маточных сокращений, по плотности маточной мускулатуры, по положению контрационного кольца и, наконец, при попытках совершить поворот, устанавливая, насколько свободно наша рука двигается вперед в полость матки.

Нужно помнить, что матки первородящих обладают особенной прочностью, а матки многорождающих, имевших ряд трудных родов, особенно предрасположены к разрывам, так как у них зачастую уже были надрывы или заболевания, нарушившие структуру органа.

На основании данных распознавания мы выбираем тот или другой операционный план, о чем говорится ниже.

Очень важно уметь отличить ручку от ножки, правые мелкие части от левых и сходные их части одну от другой.

Бедро больше, чем плечо, с одной стороны оно прикрепляется к тазу с его характерными частями — апус'ом, половыми органами, седалищными буграми, копчиком и крестцом, из коих особенно характерны апус и половые органы. Плечо переходит в грудную клетку — с их наиболее характерным опознавательным признаком — ребрами, далее axilla, ключица, лопаточная ость.

Другой конец бедра кончается коленом, в то время как плечевая кость — локтем. Колено характерно округленной формой, большими размерами, плечевая кость — более острыми мышелками, из коих особенно характерен внутренний мышелок, резко выступающий и заостренный, а также локтевой отросток (olecranon). С ними можно смешать пятку с пяточным бугром. Отличие в том, что последний тупее локтевого отростка и острее и меньше передней поверхности колена, точно также и мышелки его тупее локтевых и более заострены, чем в области колена.

Далее приходится отличать кисть от стопы. Наиболее характерны для первой пальцы — они длинные и подвижны, особенно большой палец, несколько удаленный от остальных четырех. Кисть руки плоская, широкая, одинаковой толщины по обеим бокам, стопа узкая с более толстым внутренним краем с небольшими мало подвижными пальцами, с небольшим мало подвижным большим пальцем, находящимся возле остальных четырех. Далее, стопа кончается с другой стороны пяточным бугром с мышелками по бокам, кисть — запястьем со слабо выраженными мышелками.

Особенно важно установить, имеем ли дело с ручкой или с ножкой при трудных поворотах: вытащив ручку, только ухудшаем дело, если она находилась далеко. В тех же случаях, когда мелкая часть находится у входа в таз при достаточно благоприятных пространственных соотношениях и незапущенном случае, низведение мелкой предлежащей части во влагалище для точного диагноза — допустимо.

Если выпала или выведена ручка, полезно наложить на нее петлю, которую пускают совершенно свободно при повороте, но которая оказывает большую пользу при извлечении. Потягивая за нее, чрезвычайно легко освободить эту ручку.

ПРЕДСКАЗАНИЕ.

Как уже сказано выше, поперечное положение представляется одним из самых тяжелых осложнений родов, так как мать, а тем более плод 9-го или 10-го месяца беременности, за ничтожными исключениями, должны погибнуть при естественном течении родов. Акушерская помощь в этой области оказывает великое благодеяние человечеству, спасая при своевременной помощи огромное число матерей и большое число детей.

По подсчетам Schultze в Германии ежегодно умирает 400 матерей и 4000 детей в связи с этим осложнением (De Lee). Принимая у нас ежегодное число родов за 5 800 000, в СССР должно быть ежегодно 29 000 поперечных положений (1:200), причем без акушерской помощи должно было бы погибнуть по крайней мере 25 000 женщин и столько же плодов. Своевременным пособием опасность для многих случаев может быть сведена к нулю, т. е. к той смертности, которая наблюдается при нормальных отношениях. Это будет тогда, когда акушер видит роженицу с целыми водами, и наружными приемами ему удастся исправить положение в продольное. Agonowitsch сообщает о 36 подобных поворотах из 66 пробных.

Даже в более позднем периоде, когда приходится делать так называемый внутренний, правильное — наружно-внутренний, поворот полной рукой, смертность матерей на 1035 случаев сборной статистики получилась от 1,6% до 5,0%, а смертность детей от 25,5% до 54% (Иванов). Melzner, Schultz, Tschatzkin дают более благоприятные цифры, а именно: смертность матерей от 1,2% (у первого) до 1,6% (у последних).

Должно отметить, что у первородящих прогноз хуже, чем у многоорождающих для всех поворотов почти в 1¹/₂ раза.

Смертность детей у Melzner'a 9,6%, у Schurig'a — 36,8%, у Tschatzkin'a 29,7% (Winter).

Конечно, смертность повышается как для матерей, так и для детей после отхождения вод, равно и при узком тазе.

Выпадение пуповины относительно мало влияет на смертность плодов при данной патологической форме.

Только тогда, когда она выпала при мало раскрытом зеве, шансы на смерть повышаются.

ТЕРАПИЯ.

Нередко поперечное положение констатируется во время беременности и тогда следует попытаться исправить его, как сказано выше, что в большинстве случаев и удается.

Для этого пользуются наружными приемами, надавливая на головку и на таз в противоположном направлении, приближая одну часть ко входу в таз, а другую к дну матки.

Нередко при этих попытках матка сокращается, и тогда, конечно, нужно переждать схватку, а может быть при ранних сроках беременности и совсем прекратить на этот раз попытку к исправлению, если бы видели в них опасность преждевременных родов.

Само собой понятно, что поворот делается только в тех случаях, где он не противопоказан. Так, при абсолютно суженном или даже близком к нему тазу показано кесарское сечение.

То же будет при некоторых случаях *placenta praevia*; *hydrocephalus* протекает более благоприятно при ножном предлежании. Но об этом придется говорить в соответственных главах.

Итак, предполагая, что поворот не удался во время беременности, отпуская домой больную, мы рекомендуем ей принимать такое положение в постели, которое благоприятствует исправлению положения. Так, если головка стоит слева возле большого таза, то рекомендуем больной преимущественно лежать на левом боку, имея в виду сместить головку вправо.

Не раз я видел самопроизвольное исправление при применении указанного приема.

Рекомендуют также подкладывание подушки для давления на соответственную часть.

Труднее поворот во время родов даже и при стоячих водах. Матка представляется более раздражительной и скорее реагирует на манипуляции сокращением. Все же во многих случаях поворот наружными приемами при повторных попытках удается, и этим устраняется большая опасность для женщины и для ребенка.

После прохождения вод наружный поворот, как правило, не удается. Приходится применять наружно-внутренний поворот по *Wrighton-Nicks's*у, т. е. с введением в матку только двух пальцев, или наружно-внутренний с введением всей руки, неправильно называемый многими внутренним поворотом. Должно отметить, что при последнем также применяются наружные приемы, в значительной степени помогающие внутренней руке, как это признается решительно всеми, и, следовательно, название его наружно-внутренним вполне отвечает делу.

Я считаю это очень важным, так как мало знакомые с оперативным акушерством могут думать, что поворот пол-

ной рукой совершается только внутренней рукой, чего на самом деле нет, только при особой легкости поворота можно обойтись без наружной руки, например, при повороте второго плода после недавнего рождения первого.

В тех случаях, когда зев раскрыт на 3 пальца (6 см) и более, поворот может быть совершен полной рукой. После отхождения вод мы это и делаем, при наличии условий для поворота полной рукой: 1) достаточной подвижности плода, 2) при величине таза, допускающей рождение ребенка, 3) при отсутствии высоко стоящего контракционного кольца (поднятие его на 4 пальца выше лона исключает поворот, даже и при несколько меньшем поднятии поворот должен быть очень бережным). 4) Четвертое условие — открытие зева по крайней мере на 3 пальца.

Опишу подробнее самое выполнение этой операции.

Прежде всего, конечно, самая строгая дезинфекция своих рук и наружных половых частей, промежности, ягодиц и влагалища больной.

Руки, как и наружные половые части, моются по Фюрбрингеру. Влагалище моется мыльными пальцами при орошении сулемой 1:2000 под низким давлением, или у более слабых и малокровных лизолом ($\frac{3}{4}\%$), лизоформом (1%). Ягодицы, промежность и большие губы по высушивании стерильным полотенцем, компрессом смазать *tinct. jodi*. Оператор в перчатках или смазывает концы своих пальцев *tinct. jodi*, присоединяя это к дезинфекции по Фюрбрингеру, или смазывает стерилизованным вазелином наружную поверхность пальцев, по окончании схватки вводит конусообразно сложенную руку во влагалище и еще раз устанавливает имеющееся положение.

Предполагая, что больная уже была подготовлена к родам, т.е. сделана клизма, омыто тело под душем или в бане и по возможности точно определено положение плода, как и его сердцебиение (при мертвом или умирающем плоде трудный поворот противопоказан), она укладывается на операционный стол и хлороформируется или эфиризируется. В то же время производится ее дезинфекция.

Выбор руки имеет некоторое значение, и на этом пункте следует остановиться. Некоторые рекомендуют оперировать правой рукой как более сильной и ловкой и с этим нельзя не согласиться, но должно отметить, что при оперировании справа и спереди матки правая рука располагается довольно

невыгодно для себя, скоро устает и до некоторой степени теряет чувствительность. Это обстоятельство нужно иметь в виду, как и то, как помочь делу. Повернувши больную на бок (на левый бок во взятом нами примере), мы изменяем положение на 90° и рука устанавливается в очень удобное положение. Этот прием много раз помогал мне не только при повороте, но и при трудном отделении последа, когда приходится работать на передней стенке матки.

Все же перемена положения оперируемой нарушает гладкое течение операции и лучше обойтись без него. Поэтому я рекомендую придерживаться правила многих немецких ученых — выбирать правую руку, если приходится работать в левой половине матки, и левую руку при работе в правой половине, т. е. при нахождении там ножек плода. Таким образом при первом поперечном положении следует выбирать левую руку, а при втором — правую.

Выводить руку из матки для ее замены другой никогда не следует, вышеуказанный прием делает это лишним.

Французские акушеры выбирают руку по предлежащему плечу, следовательно, при предлежании правого плечика — правую руку и при предлежании левого — левую.

Французское и немецкое правила совпадают при нахождении ножек спереди, т. е. при задних видах как 1-го, так 2-го поперечного положения, и расходятся при передних. И действительно, правильный выбор руки важен только при задних видах.

Предположим, что имеется задний вид 2-го поперечного положения. Следовательно, головка находится справа, спинка кзади и ножки спереди слева. Так как в нашем случае положение точно определено, то можно прямо идти туда, где имеются ножки, т. е. спереди плода — по передней стенке матки влево и вверх. Здесь мы встречаем ножку, а может быть и две, и является вопрос: какую ножку захватить и не захватить ли обе ножки?

При нетрудных поворотах лучше захватывать одну ножку, чтобы ягодицы проходили затем через половой канал вместе с ножкой, чтобы они были более объемистыми и лучше подготовили путь для быстрого прохождения головки. Как известно, ребенок нередко гибнет при ягодичных предлежаниях именно благодаря задержанию плечиков и головки после рождения туловища до пупка и выше: пуповина здесь всегда резко прижата.

Ножку следует захватывать лучше всего полной рукой, но так, чтобы большой палец лежал ближе к колену, но не к стопе, так как в первом случае длинник и ноги и руки будет совпадать, а в последнем будут пересекаться почти под прямым углом, и ножка пойдет через половой канал, устанавливаясь своим длинником поперек.

Что касается выбора ножек при повороте, то во многих руководствах рекомендуется захватывать верхнюю ножку при задних видах и нижнюю при передних. Первое мотивируется тем, что при влечении за верхнюю ножку плод, опускаясь ягодицами книзу, в то же время опускается быстрее своим верхним боком и таким образом создается передний вид ягодичного предлежания, которое значительно выгоднее для извлечения.

Это правильно, но все же так поступать не следует, так как такой поворот совершается значительно труднее в виду сложности движения, и возникает опасение, что поворот не совершится. А это гораздо серьезнее, чем то, что ягодицы установятся в заднем виде.

И плод должен страдать при таком сложном движении сильнее, пуповина скорее будет прижата.

Кроме того, должно помнить, что задние виды ягодичных предлежаний, как правило, переходят при дальнейшем течении родов в передние, если только сам оператор не помещает этому.

Итак, всегда желательно захватывать нижнюю ножку, и только когда этого нельзя сделать, захватываем переднюю.

Что касается захвата двух ножек, то это следует делать лишь в случаях трудных поворотов. Главная выгода — в выведении из полости матки двух объемистых частей, что создает большое свободное пространство для поворота тазовища.

Некоторую пользу можно видеть и в том, что сильное влечение распределяется здесь на две части и травма для них будет меньшая. Правда, как раз в более трудных случаях достать обе ножки удастся не так часто.

При трудных поворотах следует с особым вниманием следить за правильным направлением влечения за ножку. На это обстоятельство в руководствах не обращают внимания.

Для поворота выгоднее, если при влечении мы будем держать ножку ближе к той стороне -полового канала, где

находятся ягодицы. В самом деле, рис. 30 представляет половой канал с тазом и плодом в матке, с головкой, расположенной справа внизу и ягодицами слева вверх. В одном

половой канал с тазом

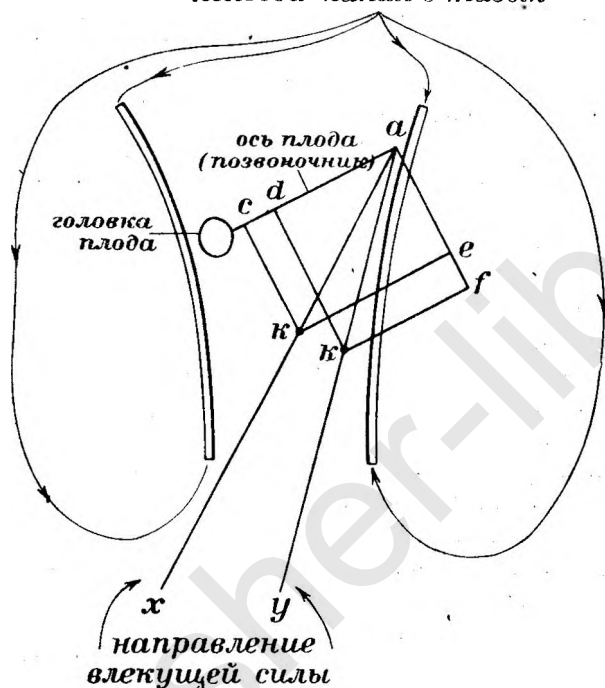


Рис. 30. Наиболее выгодное направление влечений.

случае мы тянем за ножку в направлении ax , а в другом — с той же силой ak в направлении ay . На основании закона параллелограмма сил сила ak может быть разложена на полезную ae , действующую в перпендикулярном направлении к длиннику плода ae , и вредную ac , которая только прижимает плод к стенке матки справа. При направлении влекущей силы ay полезная сила увеличилась на отрезок ef , а вредная уменьшилась на отрезок cd .

Конечно, если поворот не совершается, следует попробовать тащить и в других направлениях, но главное, основное будет более близкое к соответственной стенке таза. Возможно, что складки мягких частей, местные сокращения мышечных волокон могут представить препятствие, легче преодолеваемое другим направлением влечения, почему

в общем нужно влечь так, чтобы получить наибольший эффект при наименьшем развитии силы.

В тех случаях, когда поворот совершается, нередко я видел успех от продолжительных несильных влечений. Сокращения матки обычно появляются при трении об ее стенки. И это сокращение может препятствовать повороту. Длительное влечение утомляет мышцу, она расслабляется, и препятствие к повороту устранено.

Так ведем дело при раскрытии зева на 3 и более пальцев. Но иногда воды проходят при мало раскрытой или даже совершенно не сглаженной шейке.

При закрытой или открытой до $1\frac{1}{2}$ пальцев шейке показуется метрейриз. Оставлять больную без вмешательства нельзя. Будет вырабатываться запущенное поперечное положение. Итак, вводим метрейринтер в 300,0 — 500,0 вместимости, смотря по количеству выделившихся околоплодных вод, и выжидаем раскрытия шейки. Само собой понятно, что при закрытой или недостаточно открытой шейке предварительно раскрываем ее хегарами до 20 — 25 №.№.

Для усиления действия, если спустя $1\frac{1}{2}$ — 2 часа не будет маточных сокращений, раздражаем матку легким потягиванием за трубку метрейринтера, а затем привешиваем к нему тяжесть в 600 — 1 200 г.

Хинин 0,5 раза 2 в течение 12 час., маленькая доза pituitrin'a ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ шприца) могут быть также применены. Я решаю также и хождение, которое несомненно усиливает маточные сокращения.

Рекомендую еще следующий прием. Зная приблизительно, сколько жидкости находится в метрейринтере, выпускают из него половину и вливают затем столько же жидкости (как правило — до наполнения) 50° R. Трение и высокая t° вызывают усиление маточной деятельности.

Метрейриз приносит пользу во многих отношениях: 1) он вызывает маточные сокращения и раскрытие шейки, 2) задерживает истечение вод, 3) растягивает полость матки и тем создает более благоприятные условия для последующего поворота, 4) препятствует выпадению мелких частей.

Метрейриз — не безразличное вмешательство, он повышает шансы на заражение, обыкновенно производя поверхностный некроз тканей, с ним соприкасающихся. Держать его не следует более 12 час. И если бы действие его в течение указанного срока было недостаточно, я пытаюсь насильственно про-

вести его через шейку матки и тем способствую ее раскрытию.

По Natherschlag'у из 645 сообщенных в литературе случаев наблюдалось 4,1% общей смертности, причем на долю метрейриза нужно было отнести только 7 случаев = 1,1% смертности.

В дальнейшем наш образ действий будет находиться в зависимости от силы маточных сокращений и величины раскрытия шейки. Если метрейринтер выпадает и шейка раскрыта на 3 пальца и более, следует немедленно приступить к повороту полной рукой на ножку, если же раскрытие меньшее, то производят поворот по Braxton-Hicks'у.

Последний метод применяют и тогда, когда шейка и зев раскрыты уже, при первом исследовании, приблизительно на 2 пальца, не делая этого только в тех случаях, когда в виду сильных маточных сокращений и тесного обхватывания маткой плода является уверенность, что двумя пальцами поворота не совершить. В таком случае также следует предварительно прибегнуть к метрейризу, чтобы поворот делать полной рукой.

При применении способа Braxton-Hicks'a во влагище вводят полную руку и только в матку 2 пальца — указательный и средний. Выбор руки и здесь делать согласно вышеуказанному правилу: при ножках с правой стороны работать левой рукой, а с левой — правой.

Как видно уже из названия, поворот значительно облегчается работой наружной руки. В 1-м моменте — отыскания и захватывания ножки — наружная рука приближает таз и ножки к внутренней руке, затем, когда ножка захвачена и совершается самый поворот, наружная рука переходит на головку и отодвигает ее кверху. Помощь наружной руки имеет очень большое значение, и тот совершает ошибку, кто не пользуется ею.

Должно отметить, во-первых, что как введение руки, так и совершение поворота происходит легче в промежуток между схватками и за этим нужно тщательно следить, и во-вторых, что хлороформный наркоз и даже очень глубокий чрезвычайно облегчает дело.

Все же в некотором числе случаев поворот не удается, поперечное положение не устраняется.

В таких случаях мы располагаем 2 способами родоразрешения: при живом, жизнеспособном ребенке — кесарским сечением, в остальных случаях — эмбриотомией.

Кесарское сечение уже применялось в отдельных случаях с хорошим результатом, но я его в настоящее время рекомендовать не могу. После более или менее давнего прохождения вод и продолжительных манипуляций ради совершения поворота, на матку нельзя смотреть, как на асептическую полость, и шансы на заражение и смерть матери очень значительны.

Его можно разве делать тогда, когда мать ценою собственного здоровья и жизни желает сохранить своего ребенка.

Вероятно, со временем, когда мы будем успешно бороться с септической инфекцией и когда заживление матки после этой операции будет более совершенным, мы будем в праве широко применять эту операцию, но не теперь.

Остается эмбриотомия. Она применяется в 4 формах. 1-я — самая легкая и типичная — это декапитация, разделение плода в области шейки. 2-я — рассечение позвоночника в грудной или лучше в поясничной области — *spondylotomia*. 3-я — удаление внутренностей через отверстие в грудной или брюшной полости — *evisceratio* и, наконец, 4-я в редких случаях — разделение плода на 2 части в области туловища.

1-я форма удобно совершается посредством Брауновского крючка, которым захватывают шейку и который при влечении книзу поворачивают вокруг продольной оси для разрыва сочленений и перелома костей, после чего мягкие части перерезаются ножницами, а у мацерированных плодов разрываются крючком.

К сожалению, приэтом приходится нередко развивать большую силу, особенно при доношенных крепких плодах, части которых приэтом двигаются и нередко разрывают истонченный нижний маточный сегмент. Кроме того, иногда крючок срывается и ранит мягкие части матери.

Гораздо бережнее производится обезглавливание длинными ножницами (*Dubois, Siebold'a*, лучше — *Феноменова*) под руководством руки.

Но здесь приходится работать в глубине, медленно, из-за боязни поранить большую и самого себя, почему для ускорения операции можно применить и крючок Брауна, после того как приблизительно половина мягких частей и костей шейки перерезана ножницами. Остальная часть без труда ломается, а мягкие части крючком низводятся книзу и перерезаются ножницами. Последний способ рекомендуется для тех случаев, где работа ножницами очень затруднена и закончить ими операцию очень трудно.

Очень легко разделяется шейка пилою Gigli. Теоретически и на фантоме операция *decapitatio* с ее помощью проходит чрезвычайно скоро и удобно. На живых мне ее применить до сих пор не удалось.

Представляется затруднительным проведение ее вокруг шейки, но если это удалось, операция будет закончена в 1—2 минуты. Для защиты мягких частей полового канала от ранений пилой я рекомендовал вводить ее в тонкой резиновой трубке или даже в мягком катетере. При первых движениях пилы она прорезает покров только в тех местах, где будет достаточно большое давление, а таковым будет шейка плода и следовательно, только шейка плода будет перерезана.

Интересный инструмент предложен Касрег Влонт'ом „декапитационный наперсток“, посредством которого пила Gigli проводится вокруг шеи плода (рис. 31). Как показывает рисунок, наперсток, с прикрепленной к нему пилой надевается на большой палец, рука доходит до шейки, обхватывает ее, большой палец находится спереди, остальные позади шейки. Указательным или средним пальцем захватывают петлю наперстка и извлекают его вместе с пилой наружу. На перепиливание шейки потребуется 1—2 минуты. Не следует развивать много силы, чтобы не разорвать пилы.

После того как шейка перерезана тем или другим способом, удаляют сперва туловище потягиванием за ручку, что удается обыкновенно легко.

Гораздо труднее извлечение головки, но при планомерном образе действий едва ли встретится много затруднений; впрочем, в литературе имеются поразительные случаи.

Приведу случай, описанный д-ром Островским в сборнике проф. Ок и н и ц а, где высоко квалифицированные врачи в наилучшей обстановке

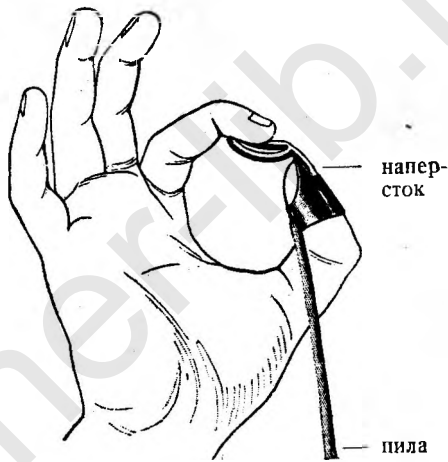


Рис. 31. Большой палец с наперстком и пилой обхватывает шейку спереди, а указательный палец захватывает кольцо сзади вверху. (Из Hammerschlag'a.)

производили операцию поворота, decapitatio и извлечения головки с перерывами в течение 13 часов.

Поперечное положение при мертвом плоде. Таз слегка суженный в прямом размере С. ext. 18, С. diag. 10,5. Воды прошли незаметно для врачей. Зев на 2 пальца. В 11 ч. 50 м. веч. приступлено к операции поворота при мацерированном плоде, после рассечения зева с обеих стороны до свода, которая не удалась ни д-ру Островскому, ни сменившему его д-ру Поршнякову и проф. Биддеру. Decapitatio, производимая проф. Биддером, закончена д-ром Поршняковым. Рука операторов страшно немела в области контракционного кольца. Извлечение туловища с трудом удалось после низведения обеих ручек. Для извлечения головки был введен крючок Smellie, захвативший нижнюю челюсть, но она переломилась при влечении. Перфорация головки трепаном в виду высокого стояния головки и узкого контракционного кольца не удалась. Старшему товарищу все же это удалось через небо, но введенный затем краниокласт соскальзывал. Тогда наложили щипцы, они тоже соскользнули. Операция продолжалась 3 часа. Матка была промыта слабым раствором сулемы. На некоторое время операцию прекратили. Рассчитывали на большее раскрытие шейки и прекращения спазма. Через 7 часов проф. Биддер пытался наложить кефалотриптор, но в виду спазма это не удалось. Час спустя проф. Тарновский извлек торчавший в зеве послед, после чего спазм несколько подался. Больная захлороформирована и те же профессора снова пытались извлечь головку, но безуспешно; д-р Стравинский после повторного безрезультатного накладывания острого крючка краниокласта и щипцов в конце концов извлек головку острым крючком через 2½ часа. Вес плода без мозга 2200,0. Больная была под хлороформом 5 час. и получила его 200,0. Endo- para- perimetritis, metrophlebitis. Выписалась здоровой на 76-й день.

Вероятно, с применением метрейриза случай протекал бы более благоприятно.

Что же касается извлечения головки, то желательнее прежде всего действовать так, как это бывает обычно при ягодичном предлежании. Трезубцем следует захватить остаток шейки, а два пальца ввести в рот ребенка и производить таким образом влечение.

Если это оказывается несостоятельным, то следует повернуть головку и сделать перфорацию черепа, вымыть мозг, ввести туда краниокласт и медленно делать извлечение.

Для такого тяжелого случая, какой описан выше, особенно был бы пригоден инструмент *A u v a r d'a*, соединяющий краниокласт с лишней ложкой. Этими инструментом череп сдавливается как бы в блин, вытягиваясь резко в длину; после этого осторожным влечением преодолевают препятствие. При малом открытии шейки следует извлечение делать медленно и с короткими перерывами, как бы подражая родовым болям (рис. 32 и 33).

Evisceratio может дать хороший результат лишь тогда, когда самоизворот резко выражен, когда бок плода виднеется в половой щели или находится возле нее. Такие случаи редки.

При высоком же стоянии туловища эта операция может дать полный результат разве при недоношенных плодах. Но она может служить подготовительной к рассечению позвоночника в поясничной или грудной области.

Производится она следующим образом:

Пулевыми щипцами, дву- или трезубцем захватывается кожа подлежащей части — будь это животик или грудная клетка, и туловище фиксируется потягиванием за них.

Вышеуказанными ножницами под руководством руки перерезаются покровы живота, или грудной клетки, чтобы 2 или 3 пальца могли свободно пройти туда, и затем корнцангом или трезубцем под контролем пальцев постепенно удаляют внутренности сначала одной, а затем по разрыве пальцем диафрагмы — и другой полости.

Кишечник обыкновенно удаляется очень легко при условии медленного его влечения. Остальные части вначале поддаются трудно. Дальше, при отсутствии явлений самоизворота, приступают к spondylotomia. Ножницами перерезают позвоночный столб и извлекают затем нижнюю половину плода.

Если бы подлежала спинка плода с хорошо доступным позвоночником, тогда можно ускорить дело следующим приемом: перфоратором Blot делают отверстие возле остистых отростков, продвигая копьё инструмента, не менее чем на половину между отростками позвонков и, повернув инструмент в направлении длинника позвоночника, разводят брантии его и тем широко нарушают связочный аппарат позвоночника, после чего доканчивают разъединение его ножницами.

Через сделанное отверстие можно произвести при нужде удаление внутренностей с последующим извлечением ягодичного конца. Разъединение позвоночника выгоднее делать в поясничном отделе, и чем больше сделано рассечение мягких частей, тем легче совершается самоизворот.

В исключительных случаях, чаще при рассечении позвоночника в грудной части, извлечение ягодич все же не совершается, тогда следует рассечь плод на 2 части, т.е. пересечь все туловище плода — операция длительная и неприятная.

Упомяну один прием, который мне помогал ускорить операцию. После рассечения большей половины туловища я вво-

дил тупой крючок, употребляемый для введения в пах при ягодичных предлежаниях, и захватывал им всю оставшуюся часть; потягивая за крючок, мы приближали ее к себе, делали

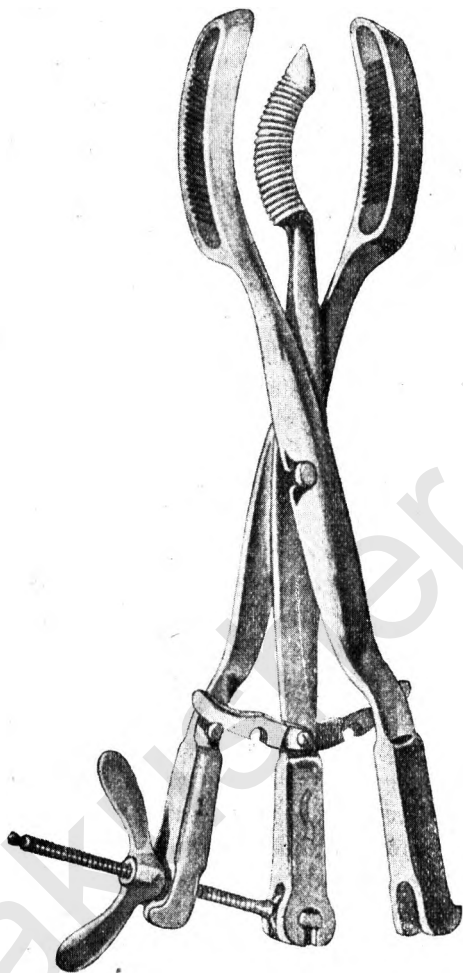


Рис. 32. Трехстворчатый инструмент Auverd'a.

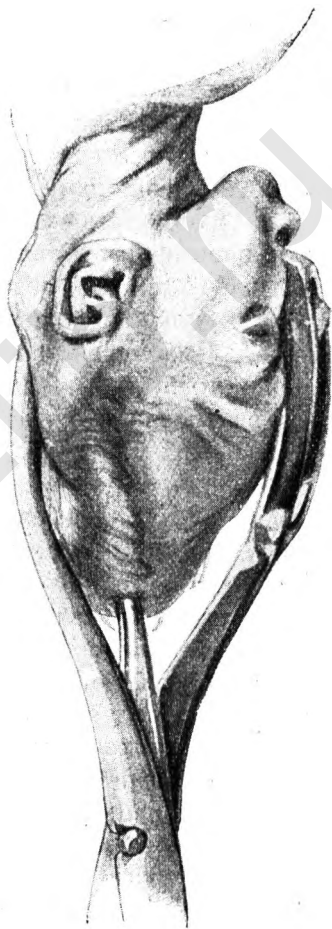


Рис. 33. Головка захвачена и сдавлена краниокластом Auverd'a.

более доступной и фиксированной, к тому же она складывалась как бы в жгут и каждый удар ножницами разрезал больше ткани. Самая операция делалась более безопасной в отношении случайного ранения ножницами, так как мягкие части матери до некоторой степени были защищены крючком, а с другой стороны пальцами оператора.

По рассечении плода сначала извлекают ягодичный конец, а затем головной.

При наличии препятствий для прохождения головки производят перфорацию плода.

Должно прибавить, что операция рассечения позвоночника, как и туловища, при достаточной ассистенции и хорошем освещении может быть проделана под руководством глаза, раскрывая зеркалами влагалище и рассекая плод, как это делается при удалении фиброматозной матки кускованием.

акusher-lib.ru

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ РОДОВ.

На третьем месте за сепсисом и токсемией по числу уносимых жертв в связи с родами стоят пуерперальные кровотечения. Janet M. Campbell для Англии дает следующие цифры за 1922 г.: пуерперальный сепсис 1079 смертей, пуерперальная альбуминурия и судороги 556 и пуерперальные кровотечения 390.

Unterberger для Мекленбург-Шверина за 24 года до 1909 г. включительно устанавливает одну смерть на 488 родов от пуерперальной горячки, на 1948 родов от эклампсии и на 2800 родов от кровотечений в послеродовом и послеродовом периоде кроме одной смерти на 4291 роды при предлежании плаценты, из коих многие, конечно, погибли от послеродового кровотечения.

De Lee говорит, что в Сев.-амер. соед. штатах ежегодно умирает от пуерперальных кровотечений 1100 женщин.

Williams в Johns Hopkins University имел в 13% всех родов потерю крови в 600,0 и более в III периоде и непосредственно после него и в 1% — 1500,0 и более, причем одна женщина из 2000 — 2500 рожениц умирает от кровотечения.

Всякий врач, ведущий роды, не без волнения проводит третий период, зная, что он таит в себе большие опасности для пациентки до смертельного исхода включительно, в особенности там, где имеются предрасполагающие моменты.

Так как при всяком заболевании причинное лечение дает наилучший эффект, то прежде всего мы рассмотрим причины, вызывающие кровотечения.

ЭТИОЛОГИЯ.

Пять категорий причин обуславливают послеродовые кровотечения.

I. Недостаточные сокращения и ретракция матки.

II. Наличие разрывов того или другого отдела полового канала.

III. Растяжения матки остатками последа или сгустками.

IV. Выворот матки.

V. Патологическое состояние крови и сосудов роженицы, кровоточивость.

Первые три категории представляются наиболее частыми, и уже по течению родов мы можем ожидать их появление и готовить борьбу с ними и их последствиями, что представляется нередко жизненно-важным.

Ad I. Многие явления во время родов заставляют нас ожидать недостаточного сокращения и ретракции матки после родов.

a) Значительное растяжение матки двойнями, hydramniom, большим плодом, при опорожнении которых матка не в состоянии сократиться до закрытия маточно-плацентарных сосудов.

b) Пороки развития матки. Так, однорогая матка может плохо сокращаться вследствие недостаточной мускулатуры; при наличии в матке перегородки полной или частичной кровотечения будет особенно сильным при прикреплении плаценты хотя бы частично к перегородке. Последняя после рождения плода и плаценты не может уменьшиться надлежащим образом из-за наличия препятствия к сокращению и ретракции со стороны соседнего рога.

c) Матка, истощенная множественными, а также частыми родами, нередко оказывается более слабой и во время родов и непосредственно после них, в особенности, если имеется осложнение хотя бы и незначительным сужением таза.

d) Бывшие раньше заболевания ее, захватившие мускулатуру.

e) Аборты, так часто сопровождающиеся заболеваниями. Но и искусственно произведенные врачом *lege artis* нередко сопровождаются повреждением мускулатуры и могут вести к слабости маточных сокращений.

f) Быстрые роды, при которых матке не всегда удается перейти от максимально-растянутого положения к нормальной величине послеродовой матки.

g) Затяжные роды при нормальном тазе, указывающие на наличие слабости болей, которая переходит и на послеродовой период; точно также при узком тазе продолжительная родовая деятельность предрасполагает к кровотечениям, истощая сократительную способность ее.

i) Фибромиомы матки, как фактор могущий изменить мускулатуру матки, а также при прикреплении плаценты в области опухоли; последняя может препятствовать закрытию просвета сосудов.

h) Варикозные узлы в нижнем отделе матки.

k) Переполнение мочевого пузыря, несомненно способствующее ослаблению маточных сокращений.

l) То же наблюдается иногда и при опухолях соседних частей (кисты яичников, фибромиомы их и т. д.)

m) Влияет так же и переполненный кишечник.

n) Наконец, влагалищная и абдоминальная фиксация матки. При немногих случаях подобного рода, родоразрешение которых мне пришлось видеть, я встречал сильнейшие кровотечения, едва не приведшие больных к смерти. Механизм ясен: фиксация препятствует сокращению и спадению матки, почему просветы сосудов остаются зияющими.

o) Истощение от предшествующих заболеваний вне половой сферы.

Констатируя эти явления у рожавшей женщины, мы должны приготовить все к борьбе с могущим быть кровотечением. Во время родов должно следить за правильным опорожнением кишечника и мочевого пузыря. Клизмы, cascara, может быть *ol. ricini* в начале родов, в исключительных случаях катеризация мочевого пузыря при задержании мочи, надлежащее питание и режим. Ergotin или *secacornin, pulv. secale cornutum*, хинин 0,5 несколько облаток, *gynepgen*, горячая вода, лед, мешки для льда, шприцы Плеваца, Эсмарховская кружка с наконечником, марля стерилизованная для тампонации — все это должно быть под рукою, а в случае нужды применено без замедления.

Ad II. Точно также течение родов наводит нас на мысль о возможности разрыва в том или другом случае. Кровотечения могут быть из разрывов во всяком отделе полового канала.

Очень обильные кровотечения наблюдаются из разрывов клитора, реже из малых губ, в особенности при нарушении вульварных луковиц. Разрывы промежности обыкновенно дают незначительные кровотечения, равно как и средняя и нижняя часть влагалища. Разрывы сводов влагалища, почти всегда соединенные с разрывами шейки, иногда дают очень сильные кровотечения в связи с нарушением целостности *art. vaginalis superior*; *art. cervico-vaginalis* и в особенности нижней ветви

art. uterinae. Чем выше разрыв шейки, тем больше шансов на ранение одной из крупных ветвей art. uterinae с тяжелым, а иногда и смертельным кровотечением.

Разрывы тела матки, как правило, дают сильнейшие кровотечения, но бывают случаи, когда большие сосудистые ветви не захвачены, и кровотечение будет небольшим.

Всюду имеет значение, какого калибра сосуда поражены, но имеет значение также и способность сосуда сокращаться и до некоторой степени свойства крови. Как было рассмотрено в главе о placenta praevia, при ней наблюдается особая склонность к сильным кровотечениям из-за слабого сокращения матки, обильного развития сосудов в нижнем отрезке матки, разъединения мышечных пучков сосудами и большой ранимости тканей.

Как уже сказано, известное течение родов заставляет искать причину кровотечений в разрывах полового канала. Так, при приемке на боку имеется большая склонность к разрывам клитора, как и передней окружности вульвы. Извлечение щипцами давно считалось одной из кровоточивейших операций благодаря обилию разрывов (Münchener, Leopold). Быстрое извлечение плода при ягодичных предлежаниях, в особенности при несовершенном зеве, наводит на мысль о разрыве шейки матки и может быть свода влагалища.

То же при щипцах с несовершенным зевом.

Трудный поворот при давнем отхождении вод, с контрационным кольцом пальца на $2\frac{1}{2}$ — 3 выше лона заставляет думать о разрыве матки.

Ad III. Задержание частей последа в матке определяется лучше всего тщательным осмотром его, что при наличии кровотечения должно производиться с особым вниманием и лучше повторно.

Ad IV. К вывороту предрасполагают: короткая пуповина, заметное ее натяжение во время родов, потягивание за пуповину для выведения плаценты и слишком энергичное применение способа Credé.

Ad V. Неудержимое кровотечение даже из маленьких ранений характеризует последнюю форму.

Приведу здесь исключительный случай последней категории — чрезвычайно характерный. Это было лет 30 тому назад.

Больная, средних лет, имела на дому какой-то припадок, после которого упала в бессознательное состояние. Увидев ее такой и предположив эклампсию,

я предложил перевести ее в Повивальный институт на Фонтанке. Там было замечено кровотечение из небольшого ранения уздечки языка. Так как кровотечение не останавливалось, то пытались остановить его тампоном, смазыванием *tinct. jodi, liquor ferri sesquichlorat.*, яписом, но кровотечение не только не уменьшалось, но даже увеличилось из других небольших ранений, нанесенных ей при производстве указанных манипуляций. Так как больная проявляла уже признаки малокровия, решено было перевязать *art. lingualis*. Но кровотечение продолжалось, мало того — присоединилось еще кровотечение из носа. Тампонация и здесь не помогала.

Бессознательное состояние больной продолжалось и общее состояние делалось все хуже. В виду угрожавшей смерти от кровотечения решено было сделать трахеотомию и туго затампонировать нос и рот, что и было сделано. Но кровотечение продолжалось и больная вскоре погибла.

Конечно, были применены также и средства, вызывающие сокращение сосудов, — *ergotin, secale* и др.

РАСПОЗНАВАНИЕ.

Уже указанные выше анамнестические и клинические данные заставляют предполагать атоническое кровотечение; к тому же приводит состояние матки, характер кровотечения и отсутствие других причин кровотечения. Матка при атоническом кровотечении бывает большая и вялая, кровь изливается из матки обыкновенно толчками, да и самая кровь представляется более венозной, темной. Труднее отличить частичную атонию матки, так называемый паралич плацентарной площадки, когда остальная часть определяется довольно хорошо сокращенной и только в одном месте имеется более вялая, дряблая ткань. Но характер кровотечения, как и цвет крови, остается таким, как сказано выше.

При кровотечениях из разрывов влагалища и шейки матка остается обыкновенно довольно хорошо сокращенной, однако, кровь идет непрерывной струей, начавшись непосредственно после родов, и имеет более красный цвет. Решающим является осмотр полового канала, наружные отделы которого осматриваются при каждом кровотечении, а более глубокие — лишь при указанных явлениях и ранее помянутых клинических признаках. Глубокие части влагалища и разрывы шейки матки определяются введением зеркал, а при подозрении на повреждение тела матки нужно войти рукой в ее полость и констатировать имеющееся ранение или его отсутствие. Конечно, это введение руки используют при этом и как лечебный агент, как указано ниже.

Задержание частей плаценты и оболочек лучше всего определяется осмотром вышедших частей, правда, иногда плацента

бывает так разорвана, что нельзя с уверенностью сказать о полном ее удалении. Можно применить молочную пробу, т.е. введение молока, разбавленного пополам водой, в сосуды плаценты. При отрывах смесь вытекает с поверхности плаценты, но при разрывах она может выделяться, правда, в меньшем количестве.

Если есть подозрение на задержание даже значительной части оболочек при кровотечении, вхождение рукой в матку должно считать показанным. При задержании больших частей матка будет объемистее и более заметно сокращаться, стремясь выделить вредный для нее элемент.

Выворот матки определяется главным образом внутренним исследованием, так как по наружным признакам очень редко можно поставить диагноз. При наличии кровотечения, трудно объяснимого другими причинами, приходится сделать внутреннее исследование, и тогда во влагалище натываются на круглое объемистое тело, проходя пальцами мимо которого, можно дойти до сводов. При осмотре зеркалами можно найти отверстия Фаллопиевых труб. Чрезвычайно важный признак находим мы при тщательном наружном исследовании — образование воронки в дне матки, которая позволяет исключить фиброид, родившийся во влагалище после родов ребенка, при отсутствии выворота. В последнем случае пальцы, исследующие через влагалище, не дойдут до сводов, которые образуются то самой маткой, то влагалищем, если выворот полный. Эта воронка бывает так мало заметна, что при первом исследовании ее не находишь, и только затем, в особенности при комбинированном исследовании, она точно определяется. В одном случае, виденном мною, при наружном исследовании картина почти ничем не отличалась от нормальной послеродовой матки, стоявшей, правда, несколько ниже обычного, и только после внутреннего и комбинированного исследования были установлены все признаки выворота.

Кровоточивость (haemophilia), отрицаемая некоторыми у женщин, признается многими акушерами и терапевтами (De Lee, Seitz, Strümpell). Один типичный образчик приведен мною на стр. 237. Она характеризуется тем, что кровотечение наблюдается от ничтожных поранений и что оно крайне упорно. В случаях, виденных мною, бросалась в глаза ничтожная свертываемость крови. Нужно иметь в виду также наследственность.

ПРОФИЛАКТИКА.

Наилучшим средством борьбы с кровотечениями будет устранение этиологических моментов. Но часть их неустраняема, и в таких случаях мы должны быть на-готове к борьбе с кровотечениями, как это сказано уже на стр. 236, чтобы надлежащая помощь была оказана без замедления и в полной мере.

Так, при двойнях, *hydramnion'e*, большом плоде и пороках развития этиологический момент неустраним, но такие роды должны быть проведены лучше всего в клинике и во всяком случае с врачебной помощью.

Множественные и частые роды показывают предупредительные меры от беременности.

Вред абортот и тщательное лечение гинекологических заболеваний пропагандировать лекциями и популярными брошюрами.

Слишком быстрые роды во II периоде замедлять боковым положением.

При затяжных родах поддерживать силы больной правильной диетой, а также лекарственными и своевременными оперативными пособиями.

При фибромиомах и варикозных расширениях вен скорее переходить на лечение тампонацией, а при первых — с сильным кровотечением поставить вопрос об удалении органа.

Мочевой пузырь и кишечник всегда должны быть предметом особой заботливости акушера.

Фиксации матки в плодородном периоде должны быть избегаемы.

Профилактические меры против наиболее опасных разрывов имеют огромное значение. Разрыв матки чаще всего производится насильственно при операциях, как и разрывы шейки и сводов влагалища. К сожалению, даже такой авторитет, как проф. Winter, не считает противопоказанным поворот при очень высоком стоянии контракционного кольца.

Точно также извлечение щипцами или за ножку и за таз при ягодичном предлежании с недостаточно раскрытым зевом, в особенности при *placenta praevia*, должно быть по возможности избегаемо, а если оно необходимо, все должно быть на-готове к лечению разрывов шейки. Положение на боку при быстрых родах.

Правильное ведение прорезывания головки уменьшает шансы на разрывы наружных половых частей.

Форсирование III периода благоприятствует задержке плаценты, а потягивание за пуповину без надлежащих показаний не должно быть применяемо, так как оно, в особенности без одновременного сжатия матки, благоприятствует вывороту.

При диагнозе кровоточивости, а также и при малокровии и истощении женщины настоятельно показано лечение железом, мышьяком, как и укрепляющим режимом. В течение последних двух недель беременности гемофиличкам можно рекомендовать calcium chlorat. crystal. 0,5 раза 3 в сутки с пищей или в клизмах — особенно при геморрое — 20,0 г 10% раствора. Фрукты, пища, богатая желатиной, а к родам приготовить gelatina sterilisat. pro injectione Merck'a. Для переливания крови желательно иметь доннера.

ЛЕЧЕНИЕ.

Ad I. Прежде всего опишем лечение кровотечений в связи с недостаточным сокращением и ретракцией матки. Считая вероятным такое кровотечение у больной, рекомендуется уже тотчас по выходе плаценты впрыснуть в ягодицу $\frac{1}{2}$ шприца pituitrin'a (бойся спирта даже для дезинфекции кожи!),¹ бережный массаж и наблюдение за маткой. Тщательный осмотр плаценты и оболочек. Признавши их полное выхождение, следует дать 0,6 secale cornutum per os.

Если кровоотделение больше нормального, следует опорожнить мочевой пузырь, положить лед на матку, что можно сделать уже по выходе плаценты, и массировать матку более энергично. Более сильно действует подкожное, лучше внутримышечное, введение ergotin'a 10% или secacognin'a или gupergen'a.

На основании личных — к сожалению, немногочисленных — наблюдений (50 случаев) я считаю gupergen в количестве $\frac{1}{2}$ —1 шприца (винно-каменнокислый эрготамин, один из препаратов secale) самым сильным средством для усиления маточных сокращений. Литературные данные говорят в таком же смысле.

К сожалению, оно до сих пор еще не введено в число средств нашей фармакопеей. Будем надеяться, что оно скоро будет введено.

¹ Saul Leides рекомендует это в подобных случаях даже в начале III периода (500 случаев), что заслуживает полного внимания.

При продолжающемся кровотечении хорошо впрыснуть в мышцу снова полный шприц pituitrin'a, pituglandol'a или hypophysin'a. Из этих средств, по моим наблюдениям, наилучше действует pituitrin, затем hypophysin и слабее всех pituglandol. Но действие pituitrin'a, к сожалению, ослабевает уже 3—4 месяца спустя после его приготовления, вероятно, то же происходит и с другими препаратами hypophysin'a.

Впрыскивание препаратов hypophysin'a в вену ускоряет и усиливает их действие; рекомендуется медленное введение pituitrin'a в дозе 0,25—0,5 при сильных кровотечениях с одновременным введением препаратов secale (ergotin, secacornin) в мышцу. При этом pituitrin действует очень скоро, в то же время действие его заканчивается через час, а препараты secale действуют не так скоро, но зато более продолжительно.

При продолжающемся кровотечении применяем горячие спринцевания в 37—40° R, при низком давлении, 2% борным раствором, 1:2000 марганцово-кислым кали, $\frac{3}{4}$ % лизола или 1% лизоформа, 1‰ иода с иодистым калием.

Далее, мы прибегаем к более опасным, но и более действительным средствам.

Само собой понятно, что осмотр наружных половых частей должен быть сделан уже после выхождения плаценты и должно быть установлено отсутствие кровоточащих разрывов.

Одним из сильнейших средств в борьбе с атоническим кровотечением я считаю вхождение рукой в матку и удаление при этом имеющихся там обыкновенно сгустков и в нередких случаях остатков deciduae и, может быть,—придаточных долей плаценты. Переведя последние во влагалище и не выводя руки из матки, мы снова продвигаем ее вперед и умеренно сильно скребем слизистую матки и тем вызываем ее сокращение.

Я считаю этот прием одним из сильнейших в борьбе с атонией матки. Конечно, рука должна быть тщательно дезинфицирована, лучше в перчатке или с концами пальцев, смазанными tinct. jodi. При проведении руки в матку необходимо ощупать края зева: не имеется ли там разрывов, так как они иногда неожиданно открываются и тогда, конечно, следует их зашить.

Если матка сократилась хорошо и кровотечения нет, в особенности, если в полости находились значительные

остатки оболочек со сгустками или даже частички последа, то можно не делать вспомогательных пособий.

Если же матка сокращается недостаточно, следует применить внутриматочное спринцевание вышепоименованными растворами или 50% спиртом 38—40° R. Нужно хорошо заметить, что в таких случаях кружка не должна быть расположена выше 55 см над больной, во избежание попадания жидкости в трубы и в кровеносные сосуды матери.

Должно самым тщательным образом непрерывно следить за истечением жидкости из полового канала и, если оно прекратилось,—немедленно зажать трубку или изменить положение наконечника, чтобы достигнуть стока впрыскиваемой жидкости. Применяем обыкновенно одну эсмарховскую кружку, следовательно 1 литр, в исключительных случаях 2 и 3 литра.

В то же время следим за маткой, сжимаем ее, а после промывания и массируем ее.

При продолжающемся кровотечении—осмотр шейки и влагалища зеркалами. Очень полезно приэтом захватить губы матки окончатými корнцангами или абортными щипцами или даже пулевыми щипцами и потянуть несколько книзу. Растяжение *art. uterinae* действует резко кровоостанавливающе. При хорошем эффекте можно было бы сохранить такое положение в течение 4—5 мин. и затем медленно прекратить натяжение.

Одновременно с этими манипуляциями мы действуем непосредственно на матку, прижимая ее переднюю поверхность к задней или прижимая ее к лонному сочленению.

Некоторые предлагают скрутить матку, произвести искусственную *torsionem*. Я не применял подобного приема и не встречал в литературе достаточного числа наблюдений, чтобы признать целесообразность такого приема, но теоретически он мне кажется едва ли полезным. Прежде всего, скручивание матки не так легко удастся, и далее: не будет ли эта травма действовать на матку парализующим образом и тем парализовать нашу борьбу с атонией?

Скорее можно согласиться на перекидывание матки через лонное сочленение и прижатие ее в таком положении, хотя и здесь травма матки будет значительна. Последнего приема я также не применял.

Гораздо действительно и безопаснее прижатие аорты, располагая три пальца—указательный, средний и безымянный—на аорте и придавливая ее к позвоночнику, в то время как

другая рука надавливает на первую. Много раз я применял этот прием и всегда он оказывал, если не полную, то значительную помощь, и забывать его не следует. За границей в последнее время очень много говорят о нем в связи с изобретением различных компрессоров аорты (Gauß'a, Sehrt'a Ristap'n'a, Vesker'a и др). Мне кажется, что можно обойтись без последних без всякого ущерба и даже с некоторой выгодой для больной.

Дело в том, что не у всякой больной одинаковое строение позвоночника: у одних передняя поверхность плоская, у других более закруглена. Прижимая пальцами, мы приспосабливаемся к поверхности позвонков, в то время как компрессор всегда имеет одну и ту же форму, и следовательно, возможно, что часть аорты не будет закрыта и потому приток крови будет продолжаться. Правда, прижатие пальцами — довольно тяжелая работа для врача; согласно моему опыту прижатие должно продолжаться около $\frac{1}{4}$ часа, а это не так легко. Первые 7—8 минут переношишь хорошо, а после устает все сильнее и сильнее и требуется большое усилие воли, чтобы выдержать полный срок. В крайнем случае можно попросить кого-либо из родственников больной или ее окружающих, а в клиниках кого-либо из служащих лиц, чтобы они надавливали на прижимающие пальцы и тем облегчали дело. Обыкновенно по истечении 15 мин. кровотечение останавливалось. Прекращение давления производилось постепенно. В редких случаях все же кровотечение снова началось и новое прижатие минут на 5 прекращало его совершенно.

В других — кровотечение, несмотря на прижатие, все же продолжалось. Это можно объяснить тем, что прижатие аорты делается ниже отхождения *art. spermatica* и, следовательно, часть притекающей крови еще имеется. Это — несомненно слабая сторона метода.

В таких случаях рекомендуют способ *Momburg'a* (рис. 34), т.е. перетяжку туловища резиновым жгутом, так, чтобы артериальные стволы, снабжающие кровью половые органы и нижние конечности, были закрыты. Для этого применяют обыкновенную толстую резиновую трубку, налагая ее вокруг живота и затягивая с такой силой, чтобы пульс в *art. femoralis* совершенно исчез. Но так как исчезновение пульса не указывает на полное прекращение притока крови, то затягивание должно быть несколько сильнее.

Сначала этот способ был принят восторженно, но дальнейшие наблюдения показали, что он не вполне безопасен и поэтому к нему следует прибегать как к крайнему средству, когда все истощено. De Lee отмечает при его при-

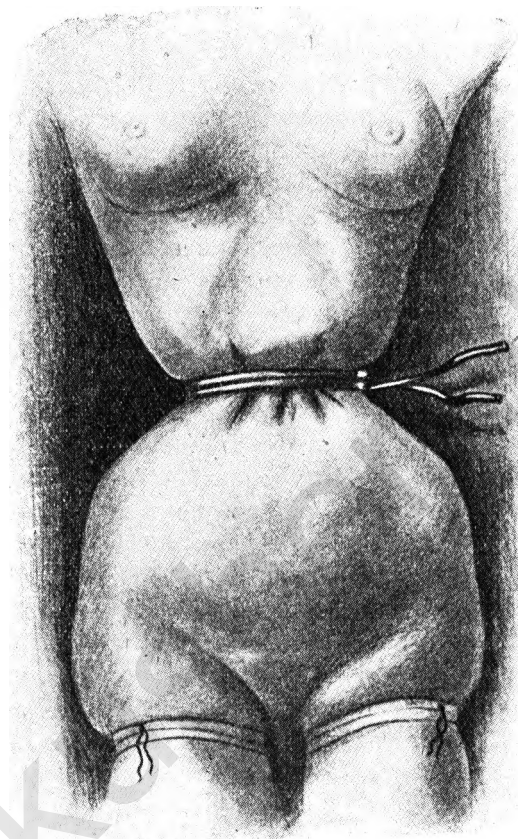


Рис. 34. Способ Момбурга. 2 или 3 тура резинового жгута вокруг туловища до исчезновения пульса в бедренной артерии. (Из De Lee.)

менении наблюдавшиеся случаи смерти, омертвения бедер, почек, кишечные и легочные кровотечения; Stoeckel также находит, что его выгоды не превышают его недостатков, упоминая о смертельном тромбозе *venae cavae* у Sellheim'a.

Довольно демонстративный случай я наблюдал в первое время его применения. У больной в приюте им. проф. Красовского наблюдалось сильное послеродовое кровотечение. Я был вызван туда, и когда приехал, кровотечение только,

что остановилось, и чтобы закрепить это состояние, а главным образом, чтобы познакомить акушерок с этим новым методом, я наложил бинт Momburg'a на живот больной. И хотя кровотечения не было, но больная стала чувствовать себя все хуже и хуже и через короткое время положение ее сделалось прямо угрожающим. Трубка была снята, и состояние больной стало быстро улучшаться, в дальнейшем — нормальное течение. Наиболее вероятное объяснение этому таково: аорта была сдавлена не вполне, хотя и не было пульсации в *art. femoralis*, а *vena cava* была сдавлена вполне. В результате — медленное переливание крови в нижние конечности и задержка ее там. Таким образом верхняя часть туловища постепенно лишалась крови.

Противопоказанием к Momburg'у служат болезни сердца и сосудов, почек, кишечника и Базедовская форма.

Перед наложением жгута рекомендуется довольно тугое бинтование нижних конечностей. Прижатие кровеносных сосудов продолжается около получаса, бинт снимается постепенно, ноги предпочтительно в это время держать приподнятыми, а верхнюю часть туловища и голову опущенными. Также постепенно производят снятие бинта с конечностей. Рекомендуется также при этом вливание физиологического раствора соли под кожу в количестве 500,0 — 1000,0. Обычно со снятием бинта кровяное давление значительно падает, по опытам Сперанской-Бахметевой ниже, чем оно было до наложения бинта.

Прежде чем применить Momburg, рекомендуется тампонация матки. Лучше всего применять для этого полосу марли в 4 — 5 пальцев шириной, смоченную 50 — 60% спиртом с 2 — 4 десятками капель *tinct. jodi*; за отсутствием последнего — даже водкой, также с иодом или Lugol'евским раствором. Тампон должен быть смочен и тщательно выжат и вводится лучше всего после обнажения шейки зеркалами, а при отсутствии помощников, по руке, находящейся в матке, — длинным пинцетом после смазывания наружных частей *tinct. jodi* с предварительной обычной дезинфекцией. Необходимо всю матку заполнить плотно бинтом, как это показано на рис. 35, и не так, как показано на рис. 36.

Подобно Fritsch'у и Stoeckel'ю десятки лет я применял сжимание затампонированной матки и влагалища сверху, захватывая ее (матку), как при выжимании последа по *Stedé*, и вдавливая ее по возможности вниз, а снизу накладывая

на промежность свернутое в жгут стерильное полотенце, вдавливая его по возможности внутрь.

Приэтом и матка и влагалище будут находиться под сильным давлением, и шансы на кровотечение будут ничтожны.

Этот способ я считаю одним из самых действительных; его слабой стороной является вхождение рукой в матку, а также введение туда тампона.



Рис. 35. Правильная тампонация матки и влагалища. (Из Бумма.)



Рис. 36. Неправильная тампонация. Марля не заполняет всей полости матки. (Из Бумма.)

Довольно простой способ и всюду применимый, при условии надлежащей дезинфекции руки,—рекомендуемый в английском руководстве десяти учителей: правая рука введена во влагалище, сложена в кулак, прижимает переднюю стенку матки к задней, которую сверху через брюшную стенку придавливает к кулаку левая рука (рис. 37, стр. 248).

В заключение в тяжелейших случаях послеродовых кровотечений должно поставить вопрос об удалении матки. Оно показано в случаях сильных кровотечений, если матка резко патологически изменена, как, напр., если на ней имеются

многочисленные фибромиомы, если она проделала много родов, тяжело протекавших и т. д., в особенности если дело идет о пожилой женщине, имеющей уже нескольких детей. При таких условиях к удалению матки следует приступить, не дожидаясь чрезмерного малокровия.

Но если дело идет о молодой женщине, может быть, первородящей, имеющей одного ребенка, — смерть от кровотечения у таких женщин представляется исключительно редким явлением, и я считаю непоказанным делать рано-

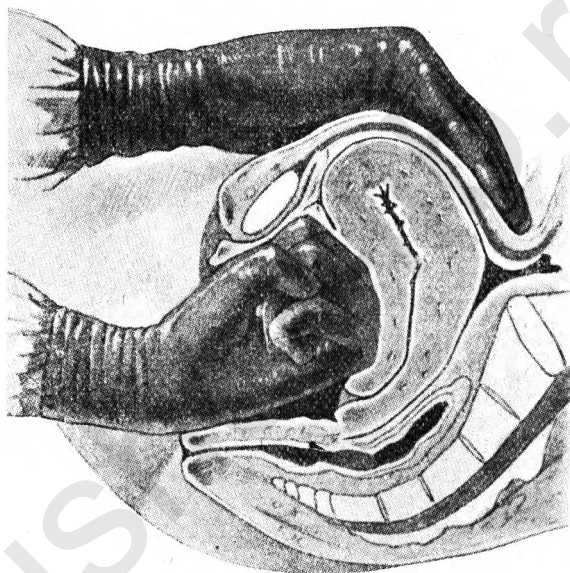


Рис. 37. Двуручное сжатие матки. Лучше вводить правую руку во влагалище, а левую на брюшную стенку. (Из „10 учителей“.)

временно экстирпацию матки, а когда малокровие достигло высшей степени, едва ли операция даст хороший результат, и много шансов, за то, что она скорее приведет такую больную к смерти.

При очень тяжелых кровотечениях следует применить также впрыскивание pituitrin'a непосредственно в матку. Это особенно легко сделать при осмотре шейки зеркалами, когда легко можно впрыснуть в нее один шприц pituitrin'a.

Если препарат не оказывает достаточного эффекта, следует испытать adrenalin, который также лучше всего ввести в шейку матки (0,0001 — 0,0002). Synergen был бы еще более показан.

Некоторые рекомендуют такое введение делать через брюшную стенку, я считаю это рискованным и допустимым разве в безнадежных случаях.

Общее лечение таких больных будет изложено в конце этой главы.

Ad II. Что касается лечения кровотечений вследствие разрывов, то оно состоит в наложении швов.

Тампонация может быть применяема, как правило, лишь как временная мера для остановки кровотечения до полного приготовления к операции.

Только в исключительных случаях глубоких разрывов в сводах влагалища, из боязни захватить мочеточники, приходится иногда ограничиться тампонацией, зашивая, может быть частично, рану в той части, которая исключает возможность захватывания мочеточника.

Сложнее вопрос о ведении маточных разрывов.

Он будет обстоятельнее изложен в главе о разрывах матки.¹ В настоящем я лишь скажу, что при полных разрывах матки, как правило, если врач находится в обстановке, позволяющей производство чревосечения, я рекомендую последнее и обследование раны производить сверху; если матка не сильно мальтретирована — зашить разрыв и оставить ее на месте.

В случае больших разрывов и ушибов маточной раны с поранением крупных сосудов, а тем более при инфицированной матке — полное удаление или суправагинальная ампутация.

Если же обстановка неблагоприятна или если разрыв неполный, то дренаж стерилизованной или иодоформенной марлей представляется наиболее выгодным лечением, причем марля вкладывается в разрыв, заполняет полость матки и выводится во влагалище. Одновременно дается *gunergerin*, или *pituitrin*, а при недостатке первого — *secasognin* и *ergotin*. При разрывах на задней стенке более вытянутое положение больной с подушкой или валиком под поясницей — для сближения краев раны, а на передней — более согнутое положение с тою же целью. Жгут на дно матки и повязка на живот (рис. 38 и 39, стр. 250).

Ad III. При кровотечении вследствие задержания частей последа или оболочек должно без замедления после надлежащей дезинфекции приступить к удалению оставшихся

¹ Во 2-й части этой книги, готовящейся в настоящее время к печати.

частиц. Как уже было сказано, введенная рука соскабливает с поверхности матки остатки послета и тем производит сильное раздражение матки и способствует ее сокращению. Иногда

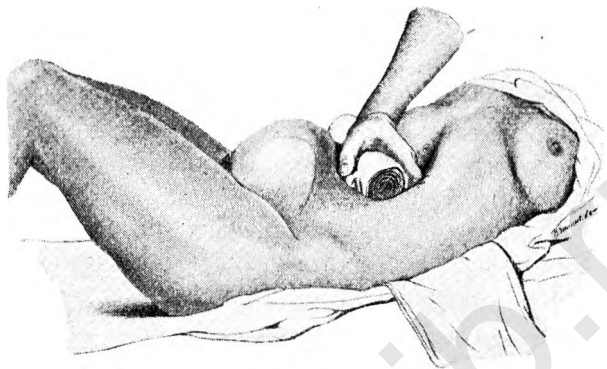


Рис. 38. Сжимающая матку повязка. Жгут лучше накладывать с боков. (Из Stoeckel'я.)

все же частички не отделяются и тогда показуется крайне бережное выскабливание ложечкой в намеченном месте.

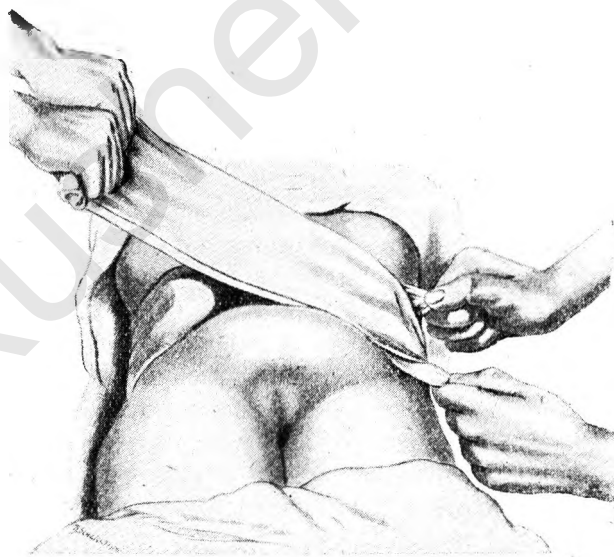


Рис. 39. Биит на живот для фиксации сжимающей матку повязки. (Из Stoeckel'я.)

При продолжении кровотечения — лечение, как при атоническом кровотечении.

Ad IV. Выворот матки наблюдается в высшей степени редко и, следовательно, редко дает повод к кровотечениям после родов. Один случаи подобного рода я уже упоминал выше. Вот краткие сведения о нем. Больная родила на дому в присутствии врача и акушерки. Вышла ли плацента сама или с какими-либо пособиями — это, к сожалению, не установлено. Врач ушел, так как кровоотделение было не особенно значительно. В виду того, что оно продолжалось, акушерка снова послала за врачом, и тот не заметил ничего особенного, назначив спринцевание, после которого кровоотделение уменьшилось, и врач снова оставил больную. Но кровотечение началось снова, и тогда, вернувшись, врач произвел внутреннее исследование и констатировал выворот матки. К нам в Институт больная прибыла в довольно удовлетворительном состоянии, допускавшем в полной мере хлороформный наркоз. Дежурный врач также установил выворот матки, пытался вправить ее, но неудачно. Я нашел больную в удовлетворительном состоянии и, как уже было сказано выше, при наружном исследовании не мог установить выворота, в то время как при внутреннем и комбинированном он был точно установлен.

После надлежащей дезинфекции под хлороформным легким наркозом рука была введена во влагалище до сводов, и при фиксации наружной рукой сверху окружности воронки я пытался вдвинуть в нее соседние части матки. Первое время она не поддавалась, но после нескольких попыток в разных местах одна часть продвинулась в воронку, после чего и все остальное легко продолжало вправляться.

Кровоотделение в это время уже было ничтожным.

В виду склонности к новому вывороту матка затампонирована, под кожу впрыснут еготип. Выздоровление.

В Госуд. акушерско-гинекологическом институте лет 15 тому назад наблюдалось еще два случая острого выворота матки, которые были немедленно вправлены. Послеродовое течение близко к норме — имелось лишь субфебрильное повышение температуры.

Но не всегда течение так благоприятно, нередко шок очень выражен и тогда по Philipps'у, собравшему 184 случая из английской литературы, лучше выждать некоторое время, если нет кровотечения, так как статистика показывает, что при немедленном вправлении получилось 30% смертности, а при выжидании только 5%.

При выжидании Kocks, а за ним и Stoeckel для остановки кровотечения рекомендуют наложить резиновый или льняной жгут вокруг основания выворота (у маточной шейки) и стянуть его до прекращения кровоотделения и через 2—6 ч. по устранении шока совершить вправление. Langenmeister отмечает, будто бы после такого приема части спадаются и вправление затем делается более легким.

Конечно, личного опыта у меня нет, но невольно является мысль: не будет ли такое стягивание шейки матки способствовать усилению шока и не проще ли временной тугой тампонацией прекратить кровотечение и в то же время непрерывным давлением способствовать уменьшению и вправлению органа, принимая в то же время меры к устранению шока и через $\frac{1}{2}$ —1 час приступить к вправлению.

Конечно, приходится и здесь индивидуализировать. Как уже сказано выше, после вправления следует ввести средства, сокращающие матку, — pituitrin и ergotin или secacornin, лучше одновременно, рассчитывая на более быстрое действие первого и более продолжительное — второго. Если бы получалось впечатление склонности к рецидиву выворота, следовало бы матку затампонировать.

Ad V. Что касается кровотечений в связи с гемофилией, то при этом можно рекомендовать введение под кожу до 200,0—2% раствора желатины (если имеется под рукой gelatina sterilisata pro injectione Merck'a, так как обыкновенная желатина нередко содержит палочки столбняка) в физиологическом растворе поваренной соли, приемы внутрь 10% раствора желатины до 200,0 в течение дня. Приемы calcium chloratum до 5,0 pro die, впрыскивание в вену лошадиной или человеческой сыворотки 10,0—15,0 с целью доставления недостающих элементов для свертывания крови, а также переливание крови.

Местное смазывание 1 : 1000 раствором adrepanini, прижигание Пакеленом наружных кровоточащих мест, тампонация и весь арсенал средств, рекомендуемых при атонии матки, могут быть применены и здесь. Как крайнее средство — ошпаривание по Снегиреву.

Как при всяком кровотечении, применяется и общее лечение. Значительные потери крови показывают низкое положение головы и верхней части туловища и высокое — нижних конечностей и таза. До некоторой степени такое положение будет способствовать уменьшению кровотечения благодаря

меньшему притоку крови. Это легко достигается установкой ножек кровати на табуретки.

Некоторые рекомендуют Freundelenburg'овское положение, как могучее средство в борьбе с атоническим кровотечением, вероятно, благодаря натяжению маточных артерий. Этот способ заслуживает испытания.

Очень важно держать таких больных в тепле, в особенности голову. Мешки с горячей водой находятся у темени больной и лоб прикрыт теплыми платками или пеленками. По прекращении кровотечения к ногам прикладываются мешки или бутылки с горячей водой.

Чрезвычайно важно ввести в кровеносную систему достаточное количество жидкости. Теплый чай с вином, еще лучше кофе с достаточным количеством сахара даются по желанию больной; к сожалению, больные нередко не усваивают это и выбрасывают обратно. Поэтому больше значения имеют клизмы того же чая или физиологического раствора с вином и сахаром. Рекомендуются также капельные клизмы.

Сильнее и быстрее действуют подкожные вливания физиологического раствора соли или Locke'овской жидкости в 2—3 приема по 500,0, согретой до 33° — 34° R. Еще быстрее действует внутривенное вливание той же жидкости до 1000,0.

Если имеется подходящий доннер, еще лучшим пособием будет переливание крови.

В качестве возбуждающих дают водку, коньяк, вино, в особенности шампанское как *per os*, так и *per rectum*, а при плохом пульсе подкожные впрыскивания 10% камфоры, *coffein'a*, эфира. 5—10 шприцев в течение 10 часов.

Можно также применить самопереливание крови посредством бинтования нижних конечностей.

После того как больная перестала кровоточить, — спустя часа 2—3, благотельно действует на больную прием 8—10 кап. *tinct. orii*, что способствует расширению мозговых сосудов.

Williams рекомендует при кровотечениях подкожное введение 0,002 *strychnin*, раза 3 с короткими промежутками, а также клизмы с горячим кофе и физиологическим раствором *aa*, к которым я прибавил бы еще сахара.

После того как прекращают ручное наблюдение за маткой, на дно и бока матки кладут полотенце, туго закрученное в жгут, которое фиксируют бинтом, наложенным на живот женщины.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
Предисловіе	3
Глава первая. Выкидыш	7
Глава вторая. Пузырный занос и хорио-эпителиома	58
Глава третья. Эклампсия	84
Глава четвертая. Предлежание и низкое прикрепление плаценты	145
Глава пятая. Преждевременное отделение нормально сидящего детского места	185
Глава шестая. Поперечные положения	206
Глава седьмая. Кровотечения непосредственно после родов	234
