

СЛ
АЕТ

деятельности

центрального
института
акушерства
и гинекологии
министерства
здравоохранения
СССР

★
ТОМ
II

Ленинград

1947

Staple

Ученый Е. С. Смирнов

Директор Института
и Ученый Секретарь

Секретарь

Генеральный директор

15/11/83

В. М. Мухоморов
(с. 10)

akusher-lib.ru

**СТО
ПЯТЬДЕСЯТ
ЛЕТ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЦЕНТРАЛЬНОГО
ИНСТИТУТА
АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ**

**Министерства
Здравоохранения**

СССР

**ТОМ
II**

*издание
Центрального института акушерства и гинекологии
Министерства Здравоохранения СССР*

Ленинград — 1947

Ответственный редактор профессор *Р. Г. Лурье*.

РЕДКОЛЛЕГИЯ:

Профессора: *А. Э. Мандельштам, Л. И. Бубличенко, Э. М. Капун, Н. Л. Гармашева.*

Доценты: *Д. А. Кравец, Е. И. Гуревич*
и *С. М. Беккер.*

АКУШЕРСКИЙ ОТДЕЛ

akusherlib.ru

Проф. Р. Г. ЛУРЬЕ

Акушерская клиника в ЦИАГ

Прошло 150 лет со дня открытия госпитальной родильни — 150 лет, богатых крупнейшими политическими событиями и открытиями в области медицины.

Медицинское мышление проделало за этот период времени огромное эволюционное развитие, отразившееся и в истории развития акушерства.

Первые 50 лет госпитальная родильня, так же как и акушерство в целом, находилась на первобытной, примитивной ступени развития. Акушеры не знали, как бороться с эпидемиями родильной горячки, население не имело никаких представлений о гигиенических навыках. «Врачи ощущали большие затруднения в размещении рожениц с таким расчетом, чтобы от тесноты и спертого воздуха по возможности остерегаться от родильной горячки, смертельно свирепствовавшей при подобных случаях» (Сборн. «100 лет К. П. И.»).

Об этом периоде жизни госпиталя, к сожалению, нам ничего не известно.

С открытием Земмельвейса (1846 г.), затем Пастера (1857 г.) и Листера (1883 г.) акушерство получило возможность выйти из примитивного состояния, в котором оно пребывало. Этим открытием была дана возможность успешно бороться с пuerperальной инфекцией, была значительно расширена сфера деятельности акушера, и открылась возможность правильной организации родильных учреждений на основе научных положений. Эти открытия положили начало хирургическому направлению в акушерстве.

Открытие хлороформного наркоза (1847 г.) способствовало дальнейшему развитию деятельности акушеров. Работа в госпитальной родильной началась за 50 лет до открытия Земмельвейса. Цель, которую преследовали при открытии госпиталя, выражена в следующих словах: «Родильный госпиталь имел целью предоставить неимущим,

замужним беременным женщинам за несколько недель до их родоразрешения тихое, вполне приспособленное убежище». В наказе говорится, как должны себя вести поступившие в госпитальную родильню: «наблюдать опрятность, быть осмотрительными, чтобы не марать и не портить постельные приборы, занавесы и пр., в разговоре должны господствовать скромность и благопристойность, все поступившие должны знаменовать благонравие и совершенную покорность во всем, что им приказывается».

Уход за родильницами и их детьми был обеспечен в течение дня двумя беременными женщинами, ночью же дежурной воспитанницей (ученицей повивальной школы).

Родильня была открыта вначале на 20 коек. Внутреннее устройство было великолепное: прекрасные кровати для матерей и их детей с «завесками» из английского ситца, пикейные одеяла, изобилие платья, белья и т. п.

Несмотря на это, в первом году поступило только две роженицы — одна жена сторожа родильни, а вторая — жена служителя Михайловского сада. Очевидно, население не имело доверия к родильным домам ввиду большой смертности в последних.

В следующем году поступило 22 женщины, а в дальнейшем число их постепенно увеличивалось, как это показано в табл. 1.

Таблица 1

Год	Число родов	Год	Число родов
1797	2	1815	51 (52)
1798	22 (24)	1816	55 (55)
1799	24 (27)	1817	66 (64)
1800	27 (20)	1819	61 (64)
1801	23 (28)	1820	49 (51)
1802	27 (41)	1821	64 (77)
1803	30	1822	57 (60)
1804	35 (58)	1823	82 (71)
1805	38 (42)	1824	76 (67)
1806	40 (64)	1825	77 (81)
1807	52 (60)	1826	95 (99)
1808	61 (80)	1827	83 (89)
1809	64 (80)	1828	75 (79)
1810	66 (73)	1829	75 (119)
1811	68 (64)	1830	61 (64)
1812	54 (61)	1831	43 (55)
1813	48 (48)	1832	80 (85)
1814	59 (62)	1833	44 (108)

Год	Число родов	Год	Число родов
1834	115 (120)	1871	908
1835	113	1872	904
1836	118	1873	821
1837	123	1874	628
1838	119	1875	760
1839	148	1876	776
1840	249	1877	359
1841	265	1878	806
1842	323	1879	1106
1843	302	1880	1036
1844	360	1881	941
1845	362	1882	848
1846	360	1883	590
1847	455	1884	967
1848	333	1885	566
1849	323	1886	549
1850	386	1887	499
1851	469	1888	507
1852	599	1889	528
1853	570	1890	528
1854	606	1891	527
1855	651	1892	575
1856	735	1893	523
1857	836	1894	889
1858	775	1895	1274
1859	634	1896	1421
1860	815	1897	1448
1861	934	1898	1603
1862	1009	1899	1595
1863	988	1900	1565
1864	1045	1901	1392
1865	1126	1902	1603
1866	994	1903	1521
1867	1217	1904	1510
1868	1421	1905	2395
1869	920	1906	3035
1870	962	1907	3651

Год	Число родов	Год	Число родов
1908	3702	1927	1879
1909	3551	1928	1829
1910	2773	1929	1760
1911	2326	1930	2185
1912	2440	1931	3633
1913	2401	1932	3412
1914	2525	1933	3039
1915	1307	1934	3179
1916	405	1935	2536
1917	1107	1936	3754
1918	904	1937	6907
1919	575	1938	6751
1920	288	1939	5331
1921	1341	1940	1953
1922	1544	1941	2214
1923	1215	1944 (XI—XII)	337
1924	1322	1945	5723
1925	1981	1946	7152
1926	3010		

В течение первых 30 лет было 1679 поступлений, в среднем 54 человека в год.

Более значительный рост начался с 1841 г.

Впервые официальный отчет, написанный Бирнбаумом, о деятельности госпитальной родильной был представлен Еленой Павловной по поводу 50-летнего юбилея родильни Николаю I (Бирнбаум-Грубер). Из сухого перечня мы узнаем, что за полвека было принято 4217 (по другим источникам 4369—4280) беременных и рожениц, число неправильных и трудных родов — 312 (306), уличных родов — 6, многоплодных — 5. Преждевременные роды составляли 5,1%, узкий таз — 0,4% (эти данные приводятся только за 1832—1834—1838—1840—1844 гг.).

В числе неправильностей значатся следующие: «неправильные родовые боли, медленное раскрытие зева, неправильное положение плода, несоответствие величины между тазом и плодом и уродства плода, неправильный механизм предлежащей части, предлежание плаценты, выпадение пуповины, обвитие пуповины, медленное отхождение вод, раннее отхождение вод, многоводие, преждевременное отделение плаценты и маточное кровотечение, задержка последа, атония матки, обмороки, эклампсия, разрыв матки и «ревматизм» матки».

Оперативных вмешательств было 24,3%, из них щипцы — 2,1%, поворот — 1,6%, ручное отделение последа — 1,9%. Относительно перфорации и кесарского сечения ничего не сказано.

В числе операций числятся и такие, как «освобождение пуповины», «рассечение пуповины», «вправление», «искусственный разрыв пузыря», «искусственное раскрытие зева», «прободение последа» и т. д. Лихорадило после родов 73 родильницы (231), т. е. 31,6% всех рожениц, причем фигурируют такие диагнозы, как «ревматическая лихорадка», «гектическая лихорадка», «гастрическая лихорадка», «молочная лихорадка», «родильная горячка». Очевидно, что сущность заболеваний во многих случаях оставалась невыясненной.

Показания к операциям и исходы для матери и ребенка не указаны.

Процент смертности за 5 лет — с 1832 по 1844 гг. — 1,5%, максимальный в 1834 г. — 4,3% и минимальный в 1838 и 1839 гг. — 0,8%.

Хотя идеи Земмельвейса еще не проникли к нам, но некоторые гигиенические меры уже намечались в середине XIX века. Так, в 1848 г. по проекту директора Этлингера было возбуждено ходатайство о перестройке здания ввиду того, что оно становилось тесно и пришло в ветхость. По этому проекту было предусмотрено провести в 3-м этаже «коридор для безопасных очищений комнат свежим воздухом и для прогулки беременных в ненастье, холодное время, провести водопровод по всему зданию, устроить ватерклозеты и внутри двора подземную трубу с форменным колодцем для стока в городскую трубу излишков, но уже очищенной воды». По проекту число коек должно было увеличиться до 50. Во время перестройки родильня помещалась в доме бывшего Павловского института (потом экспедиция заготовления государственных бумаг) и оставалась там с 10 августа 1851 г. по 15 апреля 1853 г., когда переустройство было закончено. В архитектурном отношении были соблюдены «профилактические выгоды системы келий».

Топка в новом здании производилась из коридоров, а вентиляция путем высоких форток, каминов и печных отдушин. Занятые палаты проветривались курением уксуса, хлора и можжевельника.

Как видно, многие из описанных мер были рациональными, благодаря чему смертность и заболеваемость в Повивальном институте была доведена до минимума того времени.

Штаты были увеличены на четырех врачей и одну повивальную бабку; таким образом, по новому положению состояли следующие лица: директор (Этлингер), профессор, репетитор, четыре младших врача, определенных сверхштатными с правом служить в институте 3 года. В штат вошли одна старшая бабка и три помощницы. Профессор заведывал отделом рожениц и читал лекции, сверхштатные врачи дежурили по очереди в акушерском отделении и работали в других отделениях Повивального института. В акушерском отделении с 1857 по 1873 г. было 70 врачей для усовершенствования, из которых некоторые заняли впоследствии видные места, и институт был возведен на степень перворазрядного заведения

За период от 1844 до 1859 г. имеется научно разработанный отчет д-ра Гугенбергера. К сожалению, мы не нашли нигде указаний о том, как готовили рожениц к родам и как проводилась обработка рук персонала. За этот период было 8036 родов, т. е. 535 родов в год. Заболело 1014 (20%), из них умерло 306 (3,81%), из них непосредственно от послеродовых заболеваний 2,96%. «Несвоевременные» роды наблюдались 438 раз: 3 пузырных заноса, 21 выкидыш (0,3%) и 414 «незрелых» и преждевременных родов (5,1%). Причиной несвоевременных родов отмечены наиболее часто чрезмерная механическая работа и душевные волнения. Из общих болезней особо вредной оказались: холера, острое воспаление, кровавый понос, чахотка, сифилитическая болезнь, водянка. При несвоевременных родах смертность матерей достигала 10,6% (22,9% от «родильной горячки» и 77,1% от «послеродовых заболеваний»). Причиной смерти родильниц Гугенбергер считает слабые боли, которые ведут к большей продолжительности родов. Имеются некоторые курьезные диагнозы и терапия. Например, недостаточную деятельность матки Гугенбергер считал «следствием ее полнокровного состояния»; схватки не усиливались искусственно, а в периоде изгнания терапевтическим мерам предпочитали оперативное вмешательство (щипцы, извлечение). Гугенбергер советует недолго откладывать последнее, так как количество заболеваний и смертность матерей увеличивались в прямом отношении к продолжительности родов, — наблюдение, которое справедливо и в наше время. Несомненно, Гугенбергер был наблюдательный и образованный акушер.

Однако оперативные вмешательства не всегда были благоприятны, например, при спазматических болях, при выжидательном методе умерло родильниц 20 (10,4%), при оперативном — 27 (22,9%), для новорожденных соответствующие данные составляли 16,2% и 22% мертворождений.

Наряду с большой смертностью поражает, что только одна роженица погибла от острого малокровия. Кроме предлежания плаценты кровотечение отмечено в послеродовом периоде 162 раза. Щипцы наложены 243 раза (3%). Показанием для щипцов служили: узкий таз, выпадение пуповины, местные и общие заболевания матери. Щипцы чаще накладывались у первородящих. Материнская смертность при щипцах была 14% (5% из них поступили уже заболевшими). Младенцев умерло 16%.

При неправильном положении плода, выпадении пуповины, разрыве матки производили поворот (смертность матерей — 34%), причем от послеродовых заболеваний погибло 19%, детская смертность — 36%. Перфорация и кефалотрипсия применялись при несоответствии между тазом и головкой плода. Смертность материнская после перфорации 55%.

Для усиления потуг назначался «аппарат теплоты», втирание летучих масел, капанье эфира, разминание матки. При легких спазматических болях назначали опий и ипекакуану с бурой. С 1858 г. в некоторых случаях применяли индуктивный гальванический ток. Кесарское сече-

ние было произведено 10 раз (0,1%) — 9 раз на мертвой и 1 раз на живой, которая умерла после операции. Гугенбергер относил к узким тазам тазы с наружной конъюгатой ниже 18 см. При узком тазе только 12 из 94 (12,5%) родили самостоятельно, а 82 родов закончились оперативным вмешательством: 52 наложения щипцов, 14 перфораций и кефалотрипсий, 7 искусственных преждевременных родов, 3 раза поворотом и извлечением, 2 раза поворотом, извлечением и кефалотрипсией, 2 раза извлечением и по одному разу произведена эмбриуляция и кесарское сечение.

Щипцы считались, повидимому, не только инструментом, заменяющим родовые схватки, но и способным исправить неправильное вставление головки. Заболеваемость при узком тазе была 60% и смертность 33%. Детская смертность 28%, 14 родились «мертвогнилыми» и 11% хотя родились живыми, но умерли в первые дни жизни. Общая потеря детей — 53%.

Гугенбергер не вполне соглашался с Земмельвейсом в том отношении, что заражение от трупа не считал единственным источником инфекции. «Чаще заражались госпитальным воздухом, насыщенным разложившимися органическими началами и ядом в самом теле больной».

Поэтому Гугенбергер особенно обращал внимание на чистоту воздуха, белья, тюфяков, подушек. Для лучшего сокращения матки и извержения лохий назначались спорынья, очистительные спринцевания, прижигание трещин и язв после родов.

За следующий период 1860—1873 гг. отчет чрезвычайно краток (Виридарский и Канегиссер), в нем нет ни показаний к операции, ни исходов операции. Приведены только цифровые данные. Щипцы применялись чаще, чем у предыдущего автора. Повидимому, особых отличий от предшествующего периода не было. Также велико число плодоразрушающих операций (10), которые в отношении к оперативным вмешательствам (860), составляли 4,9%. Заболеваемость матерей — 26,65% (3777), а материнская смертность 3,04% (431 случай); детская смертность 6,9%.

Впервые в отчетном периоде мы встречаем в числе операций выжимание плода в 6 случаях.

Разрешилось 14 168, из них срочных 13 190 (93,1%), преждевременных 978 (6,9%).

В научном отношении в этом периоде подняты и разработаны в институте 2 коренных акушерских вопроса: 1-й — причины и пути пуэрперальных процессов и 2-й — температура тела у здоровых и больных родильниц.

Резкий перелом наступил с назначением директором И. Ф. Баландина. И. Ф. Баландин (1874 г.) систематически проводил в жизнь идею Земмельвейса. Он требовал педантичного соблюдения правил асептики и антисептики от врачей, акушерок, учениц повивальной школы и санитарок.

Только у Баландина мы впервые видим описание подготовки рожениц к родам и персонала. До исследования наружные половые

части роженицы подвергались тщательному обмыванию с мылом, волосы на половых частях коротко обстригались, затем производили влагалищное спринцевание. Только после спринцевания влагалища приступали к внутреннему исследованию, после чего снова производили спринцевание, и роженица получала мыльную ванну. В дальнейшем перед каждым исследованием снова обмывались наружные половые части и производилось спринцевание.

В качестве дезинфицирующих средств применялись карболовая кислота, с 1884 г. сулема, с 1887 г. борная кислота и сулема и с 1888 г. — спирт. При вагинальном исследовании пользовались вначале карболизированным прованским маслом (3—5%), впоследствии его заменили горчичным маслом; прованское и горчичное масло предварительно кипятилось.

Через полчаса после окончания родов — обмывание живота, ног, спины, бедер, наружных половых частей, спринцевание влагалища сулемой или борной кислотой, когда сулема противопоказана. Обмывались также мылом и сулемой руки разрешившейся.

Врачи, акушерки, учащиеся при вступлении на дежурство обязаны были надевать белые халаты и белые моющиеся платья, которые стирались в институте. По окончании занятий обязательно мылись в ванне или бане.

Руки мыли выше локтя мылом Д ж о й с а, рот полоскали 4%-ным раствором борной кислоты, подошвы обтирали сулемой.

В родильной до поступления роженицы все мылось и дезинфицировалось. Стирка белья производилась следующим образом: белье вымачивалось в течение 24 часов в баках с проточной водой, потом в содовом растворе, затем мылось в теплой воде с мылом, прополаскивалось, кипятилось 2—3 часа, прополаскивалось в течение 1/2 часа в растворе сулемы 1:1000 и окончательно прополаскивалось в чистой воде. Для каждого павильона имелось отдельное помещение с баками для вымачивания белья. Белье рожениц мылось в особых прачечных.

Б а л а н д и н ввел свой метод поддержания промежности, а именно: одна рука располагается на показывающейся головке, в то время как вторая располагается таким образом, что 4 пальца ее помещаются кнутри от седалищных бугров одной стороны, а большой палец на соответствующем месте другой. При таком расположении руки не происходит давления на промежность, и последняя открыта для наблюдения. С профилактической целью Б а л а н д и н рекомендовал одно- или двустороннюю эпизiotомию. Б а л а н д и н обращал также внимание на уход за промежностью и снизил процент разрывов с 34,5 до 13,04%.

Б а л а н д и н очень настойчиво проводил длительный наркоз, который продолжался иногда 5—6 часов, и даже несколько раз в течение суток. Наркоз при узком тазе он считал важным терапевтическим мероприятием.

Итоги деятельности акушерского отделения за период Б а л а н д и н а изложены в отчете В и р и д а р с к о г о. С 1883 г. по 1893 г. разрешилось 5764 роженицы, срочных родов было 81,6%, преждевремен-

ных 11,1%, выкидышей 2,6%. Первородящие составляли 31,3%. Живых детей родилось 5314 (92,6%), мертвых 3,7%, мацерированных 3,5%, умерли в первые дни после рождения 2,6%, общая потеря детей 9,8%.

Интересно отметить, что 16,3% детей были отправлены в воспитательный дом.

Процент послеродовых заболеваний значительно снизился — 4,5% (262), по сравнению с предыдущим периодом. Снизилась также и смертность — 0,2% (15).

За сутки принимали 3—4 роженец, затем прием прекращался, повидимому, во избежание скученности.

Продолжительность родов для первородящих от 11 до 30 часов, для многородящих от 14 до 20 часов. Оперативных вмешательств, включая эпизиотомию и искусственные преждевременные роды, произведено 888 (15,4%). Кесарское сечение произведено 9 раз и 1 раз операция Порро (вторая в России). Из этих женщин 4 умерло, остальные поправились. По сборной статистике заграничных авторов того времени, смертность после кесарского сечения составляла 22%.

Интересно, что в одном случае, где кесарское сечение было произведено повторно, до операции ввели буж с целью вызвать сокращение матки во избежание кровотечения. Больная умерла после операции кесарского сечения от инфекции. Для производства искусственных преждевременных родов применяли горячие души, высокий прокол околоплодного пузыря, бужи дезинфицировали в 2%-ном карболовом растворе или 0,12% сулемы в течение 2—3 часов и механической очисткой намыленной щеткой.

Если один буж не действовал, то вводился 2, 3 и т. д. Иногда действие было через 7—14 часов. Баландин считал, что действие бужей сводилось к механической отслойке яйца от стенки матки.

Среди оперативных вмешательств перфорация занимала большое место — 1,5% (88 случаев) (1 раз на 65,5 родов), из них при узком тазе — 68 раз. В 30 случаях операция произведена на живом плоде и в 5 сердцебиение плода еле прослушивалось. Операция поворота продолжала давать высокую материнскую и детскую смертность. Всего было произведено операций 93 (1,6%). Показанием для поворота служило предлежание детского места, выпадение пуповины, поперечное и косое положение плода, лицевое предлежание, эклампсия и др. Материнская заболеваемость — 35,7%. Из них умерло 3 роженицы от разрыва матки (3,2%). Результаты для детей были плохие. Живых детей родилось только 27,9%, в асфиксии и оживлены 19,3%, не оживлены 1,07%. Мертвых 41,9%, мацерированных 9,6%, умерли в первые дни после родов 4,3%. Очевидно, в этом периоде плод не высоко ценился, и в случаях осложненных жертвовали плодом для спасения матери. Всецело за счет поворота можно отнести 32,6% потери детей.

Исход для матерей после поворота: от послеродовых заболеваний умерло 3 (1,7%), от болезней, зависящих от беременности и родов (эклампсия), 4 (2,3%). Лихорадило 35,1%. Щипцы были применены в 3,07%. Баландин был против наложения высоких щипцов и предпочитал им перфорацию. По сравнению с предыдущим периодом

увеличилось в процентном отношении ручное отделение последа до 2⁰/₀; заболевших после ручного отделения последа было 32,5%, смертность — 0⁰/₀.

Кровотечение лечили тампонадой, холодными влагалищными душами. влагалищным спринцеванием полуторахлористым железом, горячими спринцеваниями в 40°, введением руки в полость матки и массажем.

Прекрасный акушер, Б а л а н д и н оставил нам великолепную коллекцию тазов, которая и поныне служит украшением музея.

В 1893 г. директором Повивального института был назначен О т т Д м и т р и й О с к а р о в и ч. Молодого, одаренного, талантливого хирурга, наделенного кипучей энергией, не могло удовлетворить ни название «Повивальный институт», ни помещение и обстановка, в которой институт работал. Да она и не соответствовала тому положению, которое в то время занимала уже русская гинекология, и той репутации, которую имел институт как учреждение, куда приезжали врачи для усовершенствования.

В 1895 г. по ходатайству О т т а учреждение было переименовано в Императорский Клинический акушерско-гинекологический институт. Одновременно он начал хлопоты о новой перестройке здания, которые закончились постройкой нового здания института.

Автор этих строк застал институт еще в старом здании на Фонтанке.

Акушерская клиника была организована очень примитивно. Здание старое, сводчатое. Приемного покоя фактически не было. Одна комната служила приемной, вторая душевой и ванной, а дезинфекцию производили в палате. Родильное отделение состояло из двух палат по одной кровати и одной — на четыре кровати, всего 6 кроватей. Операционной не было. Все акушерские операции производились в палате рожениц или в коридоре, а кесарское сечение в специальной палате с крашеным полом, приспособленной для операционной. Освещение было керосиновыми лампами. Теплая вода подавалась из бака, установленного в ванной.

Подготовка рожениц к родам в основном оставалась той же, что и при Б а л а н д и н е. О т т считал, что родовые пути во время родов следует рассматривать как операционное поле, которое должно быть так же асептично, как и последнее; поэтому после тщательной дезинфекции наружных половых частей щетками и с мылом, которую производила акушерка или ученица повивальной школы, врач двумя пальцами, обильно намыленными, тщательно вымывал всю слизь из влагалища, затем смывал слизь и мыло из влагалища раствором сулемы 1:2000. После этого производилось исследование и затем снова спринцевание сулемой. После каждого исследования повторялось спринцевание.

В 1895 г. О т т сделал доклад в Акушерском обществе «О ложном консерватизме в деле сохранения промежности при родах». Он утверждал, что наилучшим способом сохранения промежности является медиальная перинеотомия, как соответствующая анатомическому соединению всех мышц промежности. С того времени перинеотомия заменила явно несостоятельную эпизиотомию, введенную Б а л а н д и н ы м.

Необходимо остановиться на способе зашивания промежности по О т т у: сперва восстанавливается влагалищная трубка, затем несколь-

кими этажами погружных швов сшиваются все мышцы и фасции тазового дна, а затем накладывают ряд глубоких швов на кожу, между ними поверхностные кожные швы, которые завязываются раньше и таким образом прилаживаются края раны. Шили в то время шелком, пользуясь для погружных швов более тонкими номерами. Все операции Отт рекомендовал производить на операционном столе, а не на кровати, так как только таким образом можно было тщательно осмотреть разрыв и его зашить. Зашивались не только разрывы, но и глубокие трещины слизистой, а также разрывы шейки.

Отт не руководил непосредственно акушерским отделением; его вызывали на консультацию в особо серьезных случаях, но школа его строго проводилась в родильном отделении. Она выражалась в требовании четкости в работе. Его руководящими словами были: «Каждое движение должно быть мотивировано, ни одного лишнего жеста». «В работе должна быть известная быстрота, но не торопливость и суета». «В каждом случае должна быть ясность, нечего опасаться лишней раз исследовать больную для того, чтобы иметь ясное представление, с чем имеешь дело».

Порядок работы в родильном отделении оставался тот же, что и при Баландине. Так же родильное отделение не имело своего штата, а были общепитательские штаты. Дежурства по родильному отделению проводились спаренными бригадами: из врачей, акушерок, учениц повивальной школы и санитарок. Штатного персонала было немного. Значительная часть работы лежала на экстернах и сверхштатных ассистентах. Эти две категории врачей вначале назначались директором, а затем выбирались на общем собрании врачей на 3 года. Каждый день дежурными было 4—5 врачей; старшими могли быть только старшие ассистенты. Старшими дежурными были в то время Виридарская, Сережников, Докушевская, Мазуркевич, Якобсон, Сицинский, Мациевский. Заведующим акушерским отделением в 1896 г. был назначен проф. В. В. Строганов.

В. В. Строганов оставался на этом посту до 1926 г., т. е. 30 лет. В 1926 г., в связи со слиянием клиники Гос. института усовершенствования врачей и Гос. акушерско-гинекологического института, заведующим акушерской клиникой был назначен А. В. Марковский, а Строганов оставлен консультантом; в этой должности он оставался до конца своей жизни — до 1938 г. Ни один случай эклампсии не проходил без его консультации.

В. В. Строганов проработал в клинике 42 года. Прекрасный, образованный акушер, он был известен за пределами нашей Родины благодаря своим научным работам, участием в международных съездах.

Строганов проводил в клинике все современные достижения в акушерстве, как, например, пубитомию, метрейриз; раннее вставание после родов и т. д. Его работы затрагивали все важнейшие отделы акушерства (терапия узкого таза, предлежание плаценты, отслойка ее и т. д.). Его диссертация «Бактериологические исследования

полового канала женщины в различные периоды ее жизни» показала, что влагалище обладает свойством самоочищения, что позже было подтверждено исследованиями многих авторов, как отечественных, так и зарубежных. В 1899 г. он вызвал большую дискуссию в Акушерском обществе докладом о наложении щипцов при заднем виде лицевого и лобного предлежания.

Отт тогда выступил в защиту Стрoганова и сказал, что в «случаях, где терять нечего, отчего не попытаться спасти ребенка, если имеется хотя бы один шанс на то, чтобы получить его живым». В 1900 г. он сделал доклад в Акушерском обществе о том, что ванна загрязняется с тела роженицы, а потому не может считаться асептической.

Разбор работ Стрoганова не входит в нашу задачу (см. статью Мaндельштама), всего у него 148 работ, из которых 85 посвящены эклампсии, а остальные различным вопросам акушерства.

Живой, любящий свое дело и преданный ему, он всегда был к услугам дежурных врачей и больных, приходил в клинику в любое время дня и ночи, когда этого требовали интересы больной. Таким же неутомимым он оставался до последних дней своей жизни. Уже больной, он ездил из одного конца города в другой для того, чтобы проконсультировать с товарищами случай эклампсии.

Он в течение долгого времени преподавал оперативное акушерство на фантоме врачам, приезжающим для усовершенствования.

Стрoганов прекрасно владел техникой акушерских операций, щипцы в его руках казались легким влекущим инструментом. Производя экстракцию плода щипцами, он не торопился, извлекал медленно, говоря, что сама роженица тужилась бы несравненно дольше, что мы часто повторяем молодым врачам при наложении щипцов. О заслугах Стрoганова в терапии эклампсии будет речь в отдельной главе.

Итоги работы в первом периоде директорства Отта с 1893 г. по 1897 г. приведены в диссертации Чaпина. Хотя, говорит Чaпин, в это время число рожениц увеличилось (за последнее четырехлетие принято 5032, в то время как за предыдущее десятилетие — 5761), а также возросло число учащихя повивальной школы и число врачей для усовершенствования, результаты были лучше. Совершенно здоровыми остались 83%, в предшествующем периоде 79,5%, умерло от послеродовых заболеваний 0,17% вместо 0,2%, мертворожденных 6,1% вместо 7,2% в предыдущем периоде (вместе с мацерированными). Из 10 кесарских сечений 4 было произведено на умирающих от эклампсии и 6 на живых. Из последних два было повторных (третий случай повторного кесарского сечения в России), 5 родильниц выписались здоровыми и одна умерла от перитонита, что составляет смертность 16,8%; из детей, извлеченных путем кесарского сечения, 4 выписались здоровыми, в одном случае операция была на умирающей и один при доношенной внематочной беременности умер через несколько часов после рождения.

Операция поворота дала значительно лучшие результаты по сравнению с предыдущим периодом; совершенно здоровыми остались 71,5%,

умерло 3—2,8%, одна от разрыва матки. Только 36,7% новорожденных остались здоровыми и выписались. Щипцы были наложены в 182 случаях, что составляет 3,6%. Такую частоту автор объясняет стремлением к сохранению жизни плода за последнее четырехлетие, и потому наложение щипцов применяли там, где прежде приступали сразу к перфорации.

Процент послеродовых заболеваний хотя был в два раза больше обычного (12,1% вместо 6,8%), но заболевания были в большинстве случаев легкие. Из двух умерших родильниц у одной было кровоизлияние в мозг, другая умерла от острого малокровия на почве преждевременной отслойки плаценты.

Узкий таз отмечен в 396 случаях. В терапии узкого таза произошли некоторые сдвиги, и результаты для матерей и плодов стали лучше. Оперативных пособий было оказано 151 (38,1%). Пособия были следующие: кесарское сечение в 4 случаях (1,01%), лоносечение — (0,25%), поворот и извлечение — 29 (7,3%), щипцы — 7 (17,9%), прободение головки—23 (5,8%), искусственные преждевременные роды—9 (2,27%). Результаты для матерей были следующие: осталось совершенно здоровыми 304 (76,7%) (у Виридарского 71%). Хворали послеродовыми заболеваниями 37 (9,3%) (у Виридарского 8,3%), умерли от послеродовых заболеваний 3 (0,75%) (у Виридарского—9—1,1%) и от заболеваний, зависящих от беременности и родов. — 2 (0,5%) (у Виридарского 2,0%).

Родилось живыми детей 309 (79,4%), общая потеря детей 80 (20,5%), из них смерть произошла при узком тазе в 45 случаях (11,5%), процент еще высокий, хотя ниже, чем у Виридарского, куда общая потеря детей была 17,8%. Такое улучшение результатов нужно объяснить расширением показаний для кесарского сечения и сокращением таких операций, как прободение головки, искусственные преждевременные роды и поворот. Впервые Оттом было произведено лоносечение. Баландин избегал высоких щипцов, а Отт их ввел, так как стремился снизить число перфораций. Однако результаты при наложении высоких щипцов не были ободряющими. Заболело послеродовыми заболеваниями 36 (7%), из них умерло 9 (4,9%), из которых 5 от эклампсии и 1 от разрыва матки. Общая потеря детей 18,5%, в предыдущие периоды общая потеря детей при щипцах 15,8%.

При послеродовых кровотечениях широко применялись, как и в предыдущем периоде, влагалищный душ, массаж матки, сокращающие матку средства, тампонация влагалища и тампонация по Дюрсену (Dührsen), от которой, впрочем, скоро отказались.

Дежурили один раз в неделю. Консультантами родильного отделения были ст. врач С. Т. Виридарский и проф. В. В. Строганов.

В 1896 г. при Отте впервые начали издаваться труды врачей института, которые с тех пор периодически появляются в свет.

Отт организовал при институте выездную акушерскую поликлинику для оказания помощи бедным на дому. Поликлиника служила одновре-

менно педагогическим целям, так как врачи учились работать в обычной бытовой обстановке.

В 1904 г. 2 марта была принята первая роженица в новое здание. Новое здание, в котором институт помещается и поныне, было построено по последнему слову науки и техники. Акушерский блок размещается в двух этажах (2-м и 3-м) левого крыла здания. Во втором этаже прежде помещался по продольному коридору приемный покой, состоявший из трех комнат, — приемная, душевая и дезинфекционная; комната для дежурных учениц повивальной школы, комната для дежурных акушерок, бельевая, две операционных: одна для малых акушерских операций, а вторая для чревосечений, материальная и курительная. В том же этаже — два поперечных павильона (флигеля), в которых помещается родильная. Каждый павильон состоял из одной палаты на 6 коек и трех одиночных палат, комнаты для первичной обработки новорожденного, где были детские ванночки и пеленальный стол для первого туалета новорожденного и ванна для рожениц. Павильоны функционировали поочередно каждые 2 недели: в то время как один работал, другой дезинфицировался и проветривался.

В каждом из павильонов имелась буфетная комната, дежурная врачей и уборная. Ванна предназначалась для терапевтических целей: в случае чрезмерно сильных или слабых схваток или утомления роженицы, при целых водах назначалась теплая ванна. Стены в родильных комнатах, так же как и в операционных, были обшиты опалином до человеческого роста. Опалин прекрасно дезинфицируется и очень приятен для глаз. Умывальники педалированные, вода подавалась горячая и холодная. Специальные шкафчики, подогреваемые паром, служили для нагрева белья новорожденных и роженицы. Каждая родильная кровать снабжена у ножного конца электрической лампочкой и индивидуальными предметами ухода — стеклянной кружкой Эсмарха и стеклянным станглазом для наконечников. В помещении нет ни одного темного угла. Масса света в палатах и из коридоров. Теплым коридором от главной родильной отделяется родильное для рожениц с повышенной температурой. Это родильное отделение (лазарет) обслуживается отдельным персоналом. В том же втором этаже в отдельном павильоне было 12 роскошно обставленных одиночных палат для родильниц (люкс). В настоящее время там помещается клиника физиологии и патологии беременности на 45 коек.

Третий этаж предоставлен был также родильницам и состоял из трех павильонов, где были размещены палаты от 4 до 10 коек в каждой. Новорожденные находились вместе с матерями. Работа проводилась в основном так же, как и в старом институте. Дежурили врачи бригадами. Младшие дежурные постепенно становились старшими, и таким образом создавались кадры. Многие из дежурных врачей стали впоследствии профессорами (Пальмов, Кипарский, Бубличенко, Лурье, Полубинский, Преображенский, Мандельштам, Марковский и пр.). Старший на дне или его помощник проводили вечерние обходы, на которых присутствовала дежурная группа врачей-слушателей и дежурные врачи. По числу слушателей во

время обхода можно было судить о популярности старшего врача и его умении вести занятия. Это было своего рода соревнование между бригадирами.

Итоги работы клиники за первые четыре года пребывания в новом здании нашли свое отражение в труде «Четыре года клинической жизни».

Отчет составлен очень обстоятельно. В отдельных главах разобраны и научно обработаны все важнейшие отделы акушерства. В нем охвачены первые четыре года работы клиники в новом помещении института, где были все условия для асептического ведения родов. От многих из тех операций, которые применялись в то время, клиника в настоящее время отказалась, но многое остается в силе и теперь.

Акушерское отделение имело в то время 84 общих бесплатных и 12 отдельных платных коек, о которых упомянуто выше. Из 84 общих коек 10 было в родильном отделении. Разрешилось с 1904 по 1908 гг. 9554 женщины, т. е. 2388,5 в год, из них срочные роды были у 7820, преждевременные у 715 (7,48%), аборт — 1016 (10,63%). Количество родов возрастало с каждым годом и в среднем достигало 281—288 в месяц. Имя Отта, репутация нового здания и квалификация основных работников привлекали в институт не только рожениц из города, но нередко приезжали для родоразрешения, при наличии патологии, из других городов России.

Из родоразрешившихся выписалось совершенно здоровыми 8048 (84,24%), хворало 1506 (15,76), из них лихорадило 1280 (7,04%); умерло от послеродовых заболеваний 17 (0,18%) от непосредственных — 18 (0,19%), от заболеваний, связанных с беременностью и родами, — 13 (0,14%). Септическая смертность составляла 35,3% общей смертности, причем 10 женщин умерло после аборта и 7 после родов (0,08%). Первородных было 36,86%, повторнородных — 63,14%, отношение первых ко вторым — 1 : 1,8, причем первородящие старше 30 лет составляли 6,6% всех первородящих. Оперативных вмешательств было произведено 1125, значительно больше, чем в предыдущие периоды (в число оперативных вмешательств не вошли мелкие операции, которые входили в предыдущие отчеты).

Из оперативных вмешательств щипцы составляли 4,3% (370). Более подробно приведена классификация щипцов: выходные — 41 (11,7%), полостные — 166 (47,42%), на головку большим сегментом во входе — 71 (20,2%) и высокие — 72 (20,5%).

В 8 случаях наложение щипцов закончено краниоказией, а в 11 случаях щипцы наложены после операции пубиотомии. После наложения щипцов от септицемии умерла 1 родильница (0,4%), потеря детей — 10,1%, лихорадило 29,0% родильниц.

Перфораций и плодоразрушающих операций произведено 112 (0,5%), поворот в 224 случаях (1%), кесарское сечение в 14 случаях.

Смертность после кесарского сечения 7,1% (умерла 1 больная). Преждевременные роды при узком тазе еще имели место, произведены в 35 случаях (0,4%) (также пользовались бужами). Общая потеря детей — 12 (34,28%), заболеваемость матерей 8,8%, смертность — 0%

Впервые произведена в 1903 г. пубиотомия, а в течение 4 лет она имела место в 11 случаях узкого таза (0,12%) (Ильин, Строганов). Пубиотомия имела то преимущество перед кесарским сечением, что могла быть произведена в случаях, когда время для кесарского сечения было потеряно, но, с другой стороны, показания к операции суживались размерами таза (*Conjugata vera* — 7,5—8 см). Результаты операции были не вполне удовлетворительные (в 2 случаях не образовалась костная мозоль); помимо того операция неприменима у первородящих, вследствие большой травмы родовых путей, в 2 случаях произошло ранение мочевого пузыря. Вскоре пубиотомия была оставлена, ее заменила операция кесарского сечения.

От операции профилактического поворота при узком тазе отказались после диссертации Мацевского (1898 г.). Последний показал, что детская смертность после поворота, включая мертворожденных, рожденных в асфиксии и оживленных и не оживленных, составляет 74,6%. Она превышает результаты всех прочих вмешательств при узком тазе. Щипцы давали 32% смертности и даже высокие — только 64,7%.

В терапии послеродовых кровотечений впервые применялся жгут Момбурга (*Momburg*), упоминается и о зажимах Генкеля (*Henkel*) и как *ultimum refugium* — экстирпация матки. Но, к сожалению, акушер решается на эту героическую операцию в большинстве случаев поздно. Отт высказывается против тампонации по Дюрсену, считая ее не достигающей цели. Всего за 4 года было 88 случаев кровотечений, из них 74 лихорадило после родов и 3 умерли (одна от эклампсии, одна от септического послеродового заболевания и одна от кровотечения вследствие предлежания плаценты). О переливании крови в этом периоде не было еще речи. Пользовались при острых кровотечениях подкожным введением физиологического раствора (Отт) и сердечными средствами.

Отт был первым, разработавшим теоретически и практически вопрос о значении переливания физиологического раствора поваренной соли при остром малокровии.

В последующем периоде не удалось осуществить предположенного отчета вследствие империалистической войны и событий, разыгравшихся после нее. Поэтому о работе клиники от 1908 до 1917 г. имеются только годовые отчеты. В последние годы этого периода (1915—1917 гг.) во время империалистической войны акушерская клиника не работала, так как на ее территории был развернут лазарет для раненых.

С 1908 по 1917 г. разрешилось 22547 роженец, т. е. 2505 в год. Оперативные вмешательства составляли 14,1%: щипцы — 3,1%, число плодоразрушающих операций несколько уменьшилось — 0,5%, кесарское сечение — 0,12%, ручное отделение последа — 14%, перинеотомия — 5,6%, разрывы промежности были в 18,5%. Терапия узкого таза оставалась та же, что и в предыдущем периоде. Пубиотомия производилась лишь в единичных случаях. Число мертворождений несколько снизилось, составляя 4% вместо 4,69%.

В докладе о терапии узкого таза на Всероссийском съезде акушеров и гинекологов в Харькове (1913 г.) Строганов совершенно отка-

зался от преждевременных родов, как дающих большую детскую смертность.

В 1911 г. Вербов, наблюдая за изменением формы матки в различные периоды родовой деятельности, пришел к выводу, что в периоде изгнания передняя поверхность матки ищет опору в фасциях и мышцах брюшной стенки. Эту опору Вербов предложил заменить или усилить особым бинтом. Бинт Вербова состоит из двух отдельных частей, охватывающих спину роженицы в области талии, и щита, расположенного на животе ее, так что он покрывает всю переднюю поверхность матки. Щиты полукупола соединены между собой подвижно, при помощи шнурков и колец, бинт легко затягивается и распускается. В середину щита вкладывается негнущаяся стальная пластинка, а по бокам две стальные планшетки. Бинт стягивали два ассистента. На 126 родов на дежурном дне у Вербова не было ни одного случая наложения щипцов, и автор предполагал, что наложение бинта может в некоторых случаях вытеснить наложение щипцов. К этому времени относится и учение Вербова о перистальтических сокращениях матки.

Слабость родовых болей уже и прежними авторами отмечена как фактор, неблагоприятный для родов и послеродового периода. И в этом периоде терапия слабости родовых болей мало отличалась от предыдущего: применяли горячие спринцевания влагалища, назначали хинин, при целом околоплодном пузыре — теплые ванны. При ригидном зеве — насечки, расширение по Боннер — Строганову, метрейриз. Расширитель Босси не нашел применения, как инструмент очень грубый, он наносил большую травму. При слабости потужной деятельности в клинике назначали питуитрин.

Подводя итоги 120-летней деятельности института от основания его до Великой Октябрьской социалистической революции, следует отметить важнейший этап этого периода — внедрение асептики и антисептики, которое явилось поворотным пунктом в дальнейшем развитии акушерской дисциплины. После введения асептики и антисептики материнская и детская заболеваемость и смертность резко снизились. Возможность безгнилостно оперировать способствовала внедрению хирургических методов в акушерскую практику как методов терапии.

С 1893 г. ясно наметилось стремление уменьшить количество перфораций и заменить их высокими щипцами. Эта тенденция продолжалась еще и в следующие годы. Однако высокие щипцы не уменьшили числа мертворождений. Как и следовало ожидать, никакими моделями щипцов нельзя преодолеть пространственное несоответствие между тазом и головкой плода, а если его преодолевали, то за счет жизни плода и большой травмы матери.

Большим завоеванием этой эпохи можно считать внедрение метода Строганова в лечение эклампсии, благодаря чему смертность от эклампсии снизилась с 36,1 до 5,6%.

Организация родовспоможения была явно неудовлетворительной. Количество коек было недостаточно. Антенатальная профилактика беременных не проводилась совсем, так как консультаций не было. Беремен-

ные не пользовались никакими льготами. Хотя в институте и были койки для беременных, но беременные поступали поздно, когда ни о какой профилактике не могло быть и речи.

Великая Октябрьская социалистическая революция дала новое направление научной и практической деятельности института и новые формы организации родовспоможения, которые в значительной мере способствовали улучшению постановки акушерской помощи.

Отличительной чертой советского здравоохранения является профилактика. Отсюда понятно то значение, которое придается у нас женской консультации. На женскую консультацию возложена работа по антенатальной профилактике внутриутробного плода и профилактика всех осложнений беременности.

Обязательная реакция Вассермана в консультации привела к тому, что беременная, больная сифилисом, успевает получить курс специфического лечения и рождает здорового ребенка. Также благодаря работе консультаций значительно снизился процент тяжелых случаев эклампсии.

С начала советской власти наши города, промцентры и села покрылись сетью женских консультаций, в то время как в царской России было 6 консультаций на всю страну и они занимались только насаждением гигиенических навыков беременным.

Женская консультация в институте составляет одно из звеньев одной цепи: женская консультация — клиника физиологии и патологии беременности — акушерская клиника — женская и детская консультации. Только при такой структуре возможно непрерывное наблюдение за женщиной в периоде беременности и после родов.

Институт придает огромное значение хорошо поставленной работе женской консультации и сыграл большую, руководящую роль в правильной постановке профилактической работы в ней.

Неоднократно в стенах института проводились курсы по повышению квалификации врачей женских консультаций. В программу занятий входили как общие вопросы акушерства и гинекологии, так и специальные, как, например, определение сроков беременности, диагностика и профилактика гонорреи, физкультура во время беременности и т. д. По поручению горздрави врачи института неоднократно проверяли работу женских консультаций, на местах исправляя ошибки. По поручению Акушерского общества в Ленинграде организован филиал Общества врачей женских консультаций. Заседания филиала происходят на базе института, и руководит филиалом заведующая акушерским отделом института проф. Лурье.

Для врачей, приезжающих на курсы усовершенствования и специализации по акушерству и гинекологии, были специальные занятия по организации и содержанию работы женских консультаций и клиники физиологии и патологии беременности.

В институте организована консультация высококвалифицированных специалистов для консультаций города.

Немаловажная роль в деле оздоровления детского возраста возложена на детскую консультацию. Наблюдение за правильным вскармли-

ванием в раннем детском возрасте, физическое воспитание детей, наряду с улучшением бытовых условий, способствуют снижению заболеваемости рахитом, в результате чего в настоящее время нам не приходится встречать резкие рахитические изменения таза, которые нередко встречались в царской России и составляли значительную часть акушерской патологии.

Важным фактором советского родовспоможения является 100%-ное обеспечение рожениц стационарными койками и квалифицированным персоналом в родучреждениях.

Декретные отпуска беременным и родильницам, охрана труда беременных и кормящих матерей способствуют рождению полноценных ребят.

Также влияет на общее укрепление здоровья физическое воспитание молодежи — физкультура — это детище Октября.

Декрет от 8/VII 1944 г. явился новым доказательством заботы партии и правительства о матери и ее ребенке, он обязал нас повысить качество обслуживания женщины.

Увеличение количества родов после Октября отражено на следующей таблице:

	1797—1917 гг.	1918—1946 гг.
Число родов	86870	75773

Цифры довольно красноречиво говорят о размахе деятельности института за последние 28 лет: количество родов почти такое же, как за предшествовавшие 120 лет.

Число воен

Годы:	Дородовых	Родильных	Послеродовых
1918—1927	15	7	50
1928—1932	30	10	100
1933—1937	30	16—18	100—180
1938—1945	30—45	18—7—14	100—125—300
1946—1947	45	14—18	187—275

Небольшое число родов с 1917 по 1921 г. стало постепенно возрастать с 1922 г. В 1926 г. количество родов достигло 3010.

Новорожденные впервые были отделены от матерей, что вызвало уплотнение материнских коек, так как для отделения новорожденных пришлось отвести часть послеродового отделения.

Приемный покой не соответствовал требованиям пропускной системы, он был переведен в 1-й этаж и реорганизован; новый приемный покой состоял из 4 комнат: приемной, туалетной, душевой и дезинфекционной. Выписная комната была организована отдельно. Таким обра-

зом, выписные не встречались с поступающими роженицами. Для лихорадящих рожениц и септических родильниц был организован изолированный приемный покой, непосредственно связанный с клиникой послеродовых заболеваний и имевший отдельный штат.

Приемный покой для рожениц с нормальной температурой имел следующий штат: заведующая акушерка — дежурный пост акушерок и санитарок. Обслуживал приемный покой один из врачей, выделенный из дежурной бригады. Заведующая приемным покоем акушерка Д. А. Каплан проявила большую инициативу в работе. По ее предложению каждая роженица при поступлении получала индивидуальный стерилизованный пакет, в котором находились: сорочка, 2 пеленки, 1 простыня, мочалка, щетка для бритвы и кусочек мыла. Подготовка рожениц к родам в этом периоде также подверглась изменению (см. статью Белашапкис), хотя в начале этого периода пришлось работать в очень трудных условиях, но тем не менее была проведена большая научная и педагогическая работа.

В 1926 г. произошло слияние клиник и кафедр Гос. института усовершенствования врачей с Гос. акушерско-гинекологическим институтом.

Заведующим акушерской клиникой был назначен профессор Марковский, а проф. Строганов остался консультантом. Талантливый лектор, эрудированный клиницист, Марковский оставался на этом посту недолго, так как он скончался осенью 1927 г. после тяжелой и продолжительной болезни. После него клиникой временно заведывал его ближайший сотрудник и бывший работник акушерско-гинекологического института д-р Елкин, который в связи с избранием его на кафедру 2-го Мединститута оставил клинику в 1928 г., и временно заведующим был назначен проф. Кипарский. Эта смена заведующих в течение короткого времени не оказала существенного влияния на работу клиники, так как фактически и Марковский и Елкин были учениками одной и той же школы и до назначения их заведующими несли дежурства в клинике в течение продолжительного времени.

Работа клиники после Октябрьской революции может быть разделена на несколько периодов:

Первый период — с 1917 по 1927 г. За этот период было 14071 родов, т. е. 1469 в год, акушерских операций произведено 2021 (14,1%), число кесарских сечений увеличилось по сравнению с предыдущим периодом с 0,12% до 0,3%, в 3 случаях была произведена пубиотомия, впервые в клинике было произведено экстраперитонеальное кесарское сечение по Лацко в 4 случаях. Материнской смертности не было, для детей же операция была менее благоприятна, так как трое из них погибло. От преждевременных родов при узком тазе клиника отказалась. В этом периоде впервые было применено переливание крови. Переливали непосредственно от донора реципиенту (1927 год), что было очень сложно и нашло применение в единичных случаях.

С 1924 по 1928 г. можно отметить некоторое увлечение высокими щипцами Киллянда и Елкина (сам автор), что вполне понятно, так как щипцы Киллянда были в то время новинкой и давали

надежду на получение живого ребенка в тех случаях, которые раньше заканчивались перфорацией.

Результат суммирован в работе асс. Фейертага. Автор сообщает о 53 случаях наложения щипцов Киллянда (с 1924 по 1928 г.) — случаи из Института усовершенствования врачей и Акушерско-гинекологического института. У 46 рожениц головка плода была во входе в таз и у 7 над входом. Все матери остались живы, у 3 было тяжелое послеродовое заболевание, потребовавшее пребывания в клинике больше месяца, у 2 образовались пузырно-влагалищные свищи, которые впоследствии закрылись. У остальных тяжелые послеродовые заболевания были в 14%, легкие в 18%. Для детей, для спасения которых операция предпринималась, она оказалась неблагоприятной, так как погибло 9 (17%). Показанием к операции служили: узкий таз в 22 случаях, слабость родовых болей и угрожающая асфиксия плода — в 13, эклампсия — 2 случая, эндометрит в родах — 4, порок сердца — 1, предлежание плаценты — 1, внутриутробная асфиксия плода — 6, выпадение пуповины — 1. Пользовались щипцами Киллянда, Тарнье, Елкена и Симпсона.

Вскоре увлечение высокими щипцами Киллянда прошло, и сфера их применения была ограничена крайне редкими случаями высокого и низкого поперечного и прямого стояния стреловидного шва, так как в этих случаях щипцы Киллянда позволяли наложить их правильно по отношению к головке плода и произвести ротацию. Также отказались от типичного поворота передней ложки в полости матки, а вводили ее сбоку со странствованием.

Впервые в Союзе Бубличенко произвел операцию Порты (Portes) по поводу запущенного рака шейки матки и влагалища при беременности 6 месяцев. Операция прошла благополучно (1927 г.).

Второй период — от 1928 до 1932 г. В этом периоде заведующим клиникой был проф. П. В. Занченко, опытный клиницист, который в 1933 г. был избран на кафедру мединститута в Ижевске (Чувашская республика).

В связи с разработкой учения о нижнем сегменте Занченко изучал высоту стояния бороздки Штац-Унтербергера и старался по ней определить степень открытия наружного зева.

Число родов возросло до 12819, число оперативных родов было 14,6% (948).

В этом периоде пользовались уже донорской кровью, получаемой из института переливания крови, что было несравненно проще. Техникou переливания крови еще не все овладели, и потому переливание производилось двумя товарищами, прошедшими курс в институте переливания крови.

С 1908 по 1924 г. кесарское сечение было произведено в 44 случаях; заболеваемость общая — 20 (45,4%), смертность материнская — 7 (15,9%), редуцированная — 4 (9,1%). С 1925 г. по 1928 г. операций произведено 66, заболеваемость общая — 24 (36,4%), смертность общая — 4 (6,06%), редуцированная — 3 (4,5%). Детская смертность 3,8% (Бакшт).

Результаты по сравнению с предыдущими годами значительно улучшились, но все же материнская смертность была высока, и потому понятна та осторожность, с которой в клинике подходили каждый раз при решении вопроса о показаниях к кесарскому сечению, и при повышении температуры у роженицы прибегали к наложению щипцов или жертвовали плодом.

Третий период — с 1923 по 1937 г. Заведующим клиникой после ухода Занченко был назначен проф. Р. В. Кипарский, опытный, смелый, инициативный акушер, образованный клиницист (заведующим отделением был проф. И. Б. Левит).

Количество родов продолжало увеличиваться и достигло 29 315, т. е. 3883 в год. Рождаемость повысилась особенно в 1937 г., достигнув 6907 за год, что объясняется изданием декрета правительства от 26/VI 1936 г. Декрет явился проявлением исключительной заботы и внимания к вопросам охраны материнства и младенчества. Производство аборта, согласно декрету, разрешалось только по медицинским показаниям.

Эта пятилетка знаменательна внедрением в клинике массового обезболивания родов. Вопрос об обезболивании подвергся основательной разработке сотрудниками клиники, и ему посвящена отдельная глава. Так как при обезболивании приходилось повторно исследовать рожениц, то широко пользовались методом ректального исследования.

Оперативные вмешательства в этом периоде проводились в 13,8%. Почти в два раза уменьшился процент наложения щипцов — 76 случаев (2,7%), в предыдущем периоде — 4,8%, число перфораций снизилось до 0,4%, число кесарских сечений оставалось то же — 1,3% (167 случаев). Высокие щипцы еще имели место в клинике. В тех случаях, когда пропущено было время для производства операции кесарского сечения или больная не соглашалась на операцию, при живом плоде накладывали щипцы как пробные.

Мертворождаемость незначительно снизилась — с 3,7% до 3,3%.

В 1937 г. член-корреспондент Академии Медицинских Наук С. М. Ородинцев установил в эксперименте на мышах, что наиболее эффективное действие стрептоцида наблюдается при введении его мышам в течение 3—4 дней. На основании данных эксперимента в клинике давали каждой роженице при поступлении 0,6 г стрептоцида с профилактической целью.

Четвертый период — с 1938 по 1941 г. Клиникой заведывала проф. Р. Г. Лурье, заведующим отделением был д-р Шуссер. В течение этой пятилетки клиника работала с перерывами, так как во время финской войны (1939—1940 г.), а затем начавшейся Отечественной войны (1941 г.) в ин-те был развернут госпиталь.

Число родов в клинике продолжало увеличиваться, в среднем было 4478 родов (всего за указанный период было 16256 родов). Число оперативных вмешательств составляло 13% (считая и швы на промежности). Если на предшествующем этапе работы клиника стремилась снизить число интранатальной смерти несворожденных, то после войны жизнь каждого новорожденного стала предметом особой за-

боты акушера. Высокие щипцы, как показал опыт, не способствовали уменьшению числа мертворождений и наносили подчас большую травму матери и ребенку. Поэтому неудивительно, что клиника несколько расширила показания для абдоминального родоразрешения. Всего кесарское сечение было произведено у 103 рожениц (1,1%), щипцы — 3,6% (241 раз). Перфорация только на мертвом плоде у 0,4%, перфорация живого плода была изжита.

Более тщательное наблюдение за состоянием плода и при симптомах начинающейся асфиксии плода своевременное вмешательство способствовали уменьшению числа мертворождений. Показания для операции наложения щипцов не расширялись. Щипцы Киллянда применялись редко. Впервые был применен метод Дельма (Delmas) у пожилых первородящих при ригидном зеве. Расширение зева шло действительно быстро и легко, но нижний сегмент был не подготовлен, и потому быстрое окончание родов было невозможно. Всего было проведено 8 случаев.

Считая обязательным влагалищное исследование, в клинике усовершенствовали и наружное исследование, которое позволяет следить за динамикой родов, не прибегая к частому влагалищному исследованию.

В 1938 г. в институте открыли лабораторию плацентарной крови, которой заведует д-р Дерчинский. Сразу расширились показания для переливания крови, и переливание крови стало в дальнейшем одним из методов профилактики и терапии. В это время уже все врачи клиники овладели техникой переливания крови.

К 1939 г. относится усовершенствование д-ром А. С. Моцак бинта Вербова. Моцак изменил его в том отношении, что при помощи 2 пар блоков, укрепленных к кровати, через которые проходит шнур бинта, сама роженица может управлять бинтом, не прибегая к посторонней помощи, как это было у Вербова; бинт Моцака применялся в потужном периоде.

Пятый период — послевоенный и восстановления института. Еще до окончания отечественной войны акушерская клиника начала функционировать с 28/X 1944 г. Клиника восстанавливалась в крайне тяжелой военной обстановке. Между тем потребность города в акушерских койках была велика, так как городские родильные дома, пострадавшие от бомбардировок и обстрелов, не успели подготовиться к обслуживанию рожениц, а рождаемость, минимальная во время блокады, сразу повысилась.

Только благодаря энергии и организаторским способностям директора института проф. С. А. Ягунова и энтузиазму всех категорий старых работников института в короткое время удалось произвести необходимый ремонт и открыть акушерскую клинику. Клиника открылась сперва на 50 коек послеродовых, 7 — родильных и 20 родовых, а с 1 января 1945 г. число коек достигло 100, а к 1 мая 1945 г. — 300. В клинике физиологии и патологии беременности пришлось увеличить число коек до 45.

Большая часть врачей — основных работников института и среднего медицинского персонала была еще на фронтах Отечественной войны, и работать пришлось с новыми, относительно молодыми кадрами.

Вновь организованный акушерский отдел заключал в своем составе: родовую клинику (заведующий д-р мед. наук Песоченский), родильное отделение (заведующий проф. Белошапко), нормальное послеродовое отделение (временно заведующий — канд. мед. наук д-р Коган, а затем проф. Пальмов), а с 1946 г. вновь открытый отдел — ранней пуперальной инфекции (заведующий проф. Хаскин). Заведует акушерским отделом проф. Р. Г. Лурье. Работало вначале всего 3 молодых врача: д-р Кобызева, Сазонова и Тимченко, а затем постепенно возвращались с фронта кадровые работники института.

Клиника работала с крайним напряжением ввиду постоянного переполнения. Достаточно указать, что за 26 месяцев в клинике проведено 13 212 родов, т. е. количество, почти равное тому, которое было в предыдущей пятилетке: с октября 1944—1945 г. — 6 050 и в 1946 г. 7 152 родов. Несмотря на такую нагрузку, клиника в течение этого времени не закрывалась на ремонт. Заболеваемость резко уменьшилась — 6,12%, а септическая смертность снизилась до 0,014%; общая — 0,16%. С 1933 по 1937 г. заболеваемость была 10,3%, а септическая смертность — 0,4%. Общая септическая смертность исчислена как разрешившихся в институте, так и вне его. Мертворождаемость снизилась до 2,4%. В эту цифру вошли уродства и пороки развития, а также и поступившие с мертвым плодом, с редукцией этих случаев процент мертворождаемости среди доношенных — 0,8%, а недоношенных — 10,2% с редукцией — 3,4%.

Оперативные вмешательства были в 18,5%. Из них щипцы составляли 1,4% (185), плодоразрушающие операции — 0,1% (16), кесарское сечение — 0,9% (129), ручное отделение последа — 0,67%, ручное обследование полости матки — 1,1% (146).

Клинический опыт наложения высоких щипцов послужил основанием к тому, чтобы почти совершенно отказаться от их применения. Они применялись только в единичных, редких формах акушерской патологии, как, например, при высоком прямом или поперечном стоянии стреловидного шва, при тяжелых формах декомпенсации порока сердца и т. п. Эти единичные случаи обычно родоразрешались только ведущим клинику лицом и только при фиксированной головке.

За последние довоенные годы (1940—1941 гг.) высокие полостные щипцы были наложены только в 3 случаях. В 1945—1946 г. следует отметить снижение процента наложения щипцов, достигшего за этот период 1,4% по отношению ко всем родам. Из них выходных — 36,0%, полостных — 61,5% и на головку, стоящую большим сегментом во входе в таз — 2,5%, высоких — 0%. Материнская смертность при щипцах 0, детская — 6% (без редукции).

Из 129 случаев кесарского сечения 70 было произведено при узком тазе. В остальных случаях показанием служили: кровоизлияние в мозг,

разрыв аорты, гипертония и нефрит, гематома влагалища, предлежание плаценты, ягодичное и поперечное положение и пр.

Претерпела изменение техника операции кесарского сечения (подробно в статье научного сотрудника К о г а н а).

Достижением клиники послевоенных лет является рентгенокювка в родильном отделении, благодаря чему мы имеем возможность уточнить диагноз при помощи рентгенографии. В настоящее время усовершенствуется методика рентгенопельвеометрии и измерения головки плода (Б е л о ш а п к о).

При кровотечениях клиника совершенно отказалась от горячих душей и тампонации, а применяет инструментальное обследование полости матки; в случаях атоний матки протирание полости матки тампоном с эфиром (д-р Ф а й н б е р г), подкожное введение питуитрина или эрготина или адреналина и переливание крови.

Терапия предлежания детского места подверглась изменению по сравнению с предыдущими годами. Во время беременности при предлежании последа с целью предупредить анемию производится переливание донорской или плацентарной крови небольшими порциями (100—150 куб. см). При большой кровопотери и при полном предлежании детского места для спасения жизни матери производится кесарское сечение и переливание крови + аскорбиновая кислота 300—400 мг внутривенно с глюкозой (подробно в статье проф. Б е л о ш а п к о).

Большое внимание в клинике уделяется новорожденным в отношении предупреждения их охлаждения и инфекции. Каждый новорожденный имеет стерильный индивидуальный пакет, в котором находятся 2 пеленки, стерильная марля для перевязки пуповины и 2 палочки с ватой. Пакет хранится в специальном термостате и подается во время рождения ребенка. Новорожденный, завернутый в теплую пеленку, помещается на специальный лоточек, который согревается грелкой. На этом лоточке производится профилактическая обработка глаз (2%-ным раствором серебра), надевается браслетка с номером и фамилией матери. На расстоянии 15 см от пупочного кольца отрезают пуповину, предварительно место разреза обрабатывают спиртом и 5%-ной йодной настойкой. Дальнейшая обработка новорожденного проводится в специальной детской комнате родильного отделения. На пеленальном столике лежит резиновый тюфячок, в который заблаговременно наливается горячая вода, тюфячок покрыт теплым одеялом, сложенным в несколько слоев, и стерильной простыней, сверху пеленальный стол обогревается электрическими лампочками, защищенными марлей.

В холодное время года лоточек, на котором лежит новорожденный, обогревается инфракрасными лучами.

Смазка не снимается и новорожденного не купают, в случае загрязнения обтирают стерильной марлей. Пуповина отрезается на расстоянии 3—4 см от пупочного кольца после предварительной обработки места разреза спиртом и 5%-ным раствором йода, пупочный остаток, обработанный таким же образом, завязывают в стерильную марлю, сложенную в три раза.

Благодаря такой обработке пупка пупочный сепсис стал большой редкостью в клинике.

Усовершенствованы методы оживления, более бережные, не травмирующие плод. Клиника совершенно отказалась от способа Ш у л ь ц е. В случаях асфиксии, после отсасывания слизи, вводится подкожно лобелин (цититон), кофеин и производится искусственное дыхание в теплой ванночке по способу Соколова, а также применяется вдыхание углекислоты.

Доношенные новорожденные остаются под наблюдением дежурного персонала родильного отделения в течение 2 часов, а затем передаются дежурному педиатру и сестре. Недоношенные новорожденные тотчас после обработки переносятся в специальных ящиках-кувезах в отделение для недоношенных и также передаются дежурному педиатру и сестре. Температура в детской комнате родильного отделения 21—22°.

В целях профилактики кровоизлияния в мозг у новорожденных мать получает в родах подкожно витамин К. В клинике проведено уже более 2 тысяч случаев рожениц, витаминизированных витамином К перед родами. Число кровоизлияний в мозг у новорожденных снизилось с 2,2% до 1,4%.

Для окончательного суждения о действии витамина К требуется исследование протромбина у матери и у новорожденного.

В послевоенные годы клиника больше чем когда-либо стремилась сохранить жизнь каждого новорожденного. С этой целью был изучен этиопатогенез недонашивания и мертворождаемости (проф. Лурье). На большом материале института и г. Ленинграда по поручению комиссии по родовспоможению были изучены основные причины анте- и интранатальной смерти плодов. Анализ, произведенный нами, показал, что наиболее частыми причинами интранатальной смерти плодов являются:

- 1) пространственное несоответствие между тазом матери и головкой плода (анатомический или функциональный узкий таз),
- 2) тазовое предлежание,
- 3) поперечное положение,
- 4) переношенная беременность,
- 5) осложнения со стороны пуповины (обвитие, выпадение и пр.).

Предотвратимы ли эти осложнения? На основании опыта клиники следует ответить на этот вопрос в большинстве случаев утвердительно.

Значительная роль в профилактике указанных осложнений принадлежит женской консультации. Своевременная диагностика неправильного положения, несоответствия таза и головки и своевременное направление в стационар имеют основное значение.

Заканчивая отчетную статью в сборнике «Отчет деятельности института за 25 лет», мы сказали: в будущем показания для операции кесарского сечения должны быть расширены, а операции плодоразрушающие должны исчезнуть». Ведение родов при узком тазе претерпело значительную эволюцию за 150 лет. Исчезли в клинике перфорация живого плода, преждевременные роды, профилактический поворот.

В отчете «4 года клинической жизни» автор статьи об узком тазе характеризовал направление клиники в то время как «консервативно-выжидательное». В той же книге Марковский указывает, что количество перфораций может быть уменьшено расширением показаний к кесарскому сечению. Он возлагал особые надежды на экстраперитонеальный метод, как позволяющий выждать максимально. Однако эти предложения не внедрялись в практику, и в 1913 г., на пятом съезде акушеров и гинекологов, Строганов не предложил ничего нового, он отказался только от преждевременных родов.

Резкий сдвиг во взгляде на терапию узкого таза мы впервые видим у Пальмова (1921 г.), который на вопрос, должны ли мы остаться при старых способах терапии узкого таза, отвечает отрицательно и склоняется в сторону абдоминального кесарского сечения. Осторожность старых авторов вполне понятна, так как заболеваемость и смертность матерей при кесарском сечении была высокая; только в 1,8% узких тазов применялось кесарское сечение, в то время как последнее десятилетие — 1936—1946 гг. — кесарское сечение применялось в 5,7% узких тазов, а высокие щипцы были наложены только в 3 случаях. Смертность новорожденных при узком тазе — 1,24% (вместо 10,3% — Пальмов, 1921 г.), а материнская смертность 0,14% (у Пальмова 0,32%).

Пространственное несоотношение между головкой и тазом не было причиной перфорации головки плода в клинике. Доказательством правильной линии поведения клиники служит то, что самопроизвольные роды при узком тазе были в 90% случаев.

Заслуживает внимания то, что в настоящее время не наблюдаются, как указывалось выше, резкие рахитические деформации таза, которые в дореволюционное время были не редки в клинике. Это объясняется всеми мероприятиями по охране материнства и младенчества, проводящимися в Союзе, — работой женских консультаций и особенно детских консультаций, физическим воспитанием молодежи и т. п.

Направление клиники в настоящее время можно охарактеризовать как «рационально-консервативное». Анализируя все обстоятельства течения родов, клиника старается своевременно решить вопрос о вмешательстве, до того как роженица инфицируется, в результате чего мы не наблюдаем тех тяжелых эндометритов в родах, которые так часто раньше развивались в родах и после родов.

При решении старого и большого вопроса акушера: плод или мать? клиника старается сохранить и плод и мать. Современное состояние акушерской дисциплины (хирургическое направление, асептика, выбор метода и времени операции, антибиотики, переливание крови) дает основание разрешить вопрос таким образом.

У повторнородящих с отягощенным акушерским анамнезом (перфорация, мертвый плод, кесарское сечение по поводу узкого таза) и при наличии крупного плода в клинике оперируют в начале родовой деятельности. Если кесарское сечение было произведено не по поводу узкого таза, а по другим показаниям и если прошло не менее одного года после операции, то предоставляем роды естественному течению.

У первородящих при узком тазе ждем отхождения вод и наблюдаем в течение нескольких часов (2—6). Если при хорошей родовой деятельности головка не имеет тенденции к продвижению или если родовая деятельность не развивается после отхождения вод, мы прибегаем к операции кесарского сечения. Наибольший срок безводного периода, при котором оперировали в клинике, был 76 часов. В результате такого образа действий после кесарского сечения при узком тазе мы не наблюдали перитонита или сепсиса. Смертность новорожденных — 1 на 102 кесарских сечения.

Обычно главным мотивом против кесарского сечения выставляется то, что плодовитость женщин уменьшается. Не подлежит сомнению, что женщина, перенесшая кесарское сечение, не будет рожать больше двух-трех раз, но не велика плодовитость женщины, у которой в анамнезе имеются длительные роды, щипцы и перфорация и ни одного живого ребенка. Кесарское сечение даже при расширенных, но мотивированных показаниях, производится обычно у пожилых первородящих, плодовитость которых невелика.

Второй причиной мертворождаемости является ягодичное предлежание. В целях профилактики в клинике разработан метод наружного поворота во время беременности, а при родоразрешении применяется способ Цовьянова (см. статью Шуссера). В 1946 г. смертность доношенных при этом способе — 0,4%, по Фейт-Смелли — 4,1%¹. При наличии крупного плода в ягодичном предлежании у пожилой первородящей клиника производит кесарское сечение, если преждевременно отошли воды и имеется ригидный зев. Такая же линия поведения и при поперечном положении плода. Поворот при поперечном положении дает, как и в прежние времена, неблагоприятный прогноз для плода, последний погибает или во время поворота или в процессе родов.

Известно, что переносенный плод погибает часто анте- или интранатально. Обычно переносенный плод крупный, и таз оказывается функционально недостаточным. Поэтому, когда переносенная беременность установлена, клиника принимает все меры для ускорения родов и, в случае надобности, при крупных плодах, у первородящих прибегает к кесарскому сечению.

Обвитие пуповины вокруг шейки плода и выпадение пуповины является частой причиной антенатальной и интранатальной смерти плода. У Виридарского обвитие пуповины отмечено в 22,1% и было причиной смерти новорожденных в 2,2%, а при выпадении и предлежании пуповины смертность детей была 20,7% (22 случая). Удельный вес смертности новорожденных при выпадении пуповины 9,7%, а при обвитии 24,2% (по материалу города), таким образом, почти четвертая часть всех мертворожденных приходится на смерть от обвития пуповины.

В некоторых случаях смерть плода при обвитии пуповины наступает так быстро, что не представляется возможным его спасти. Повиди-

¹ Расхождение с данными Шуссера объясняется тем, что наши данные относятся к 1946 г., а его к 1945 г., когда способ Цовьянова дал 0% мертворождаемости.

тому, в этих случаях происходит сдавление парасимпатического нерва. Однако в известном числе случаев асфиксия плода наступает не сразу, а постепенно. Сердцебиение плода становится редким после предшествующего учащения. В таких случаях, если внимательно и часто следить за сердцебиением плода, то безусловно можно уловить изменение ритма и во-время наложить щипцы. Поэтому в потужном периоде в клинике обязательно выслушивание сердцебиения плода после каждой потуги.

Для того чтобы своевременно установить выпадение пуповины, в клинике, как правило, производят влагалищное исследование роженицы тотчас после отхождения вод. Заправление пуповины в большинстве случаев не удается, поэтому, если во влагалище находят петлю пуповины, то придают роженице положение Тренделенбурга и стараются по возможности быстрее закончить роды. При недостаточном открытии у первородящих предлагаем кесарское сечение, которое тем более показано, что в большинстве случаев пуповина выпадает при узком тазе, когда не вставлена подлежащая часть.

Эволюция терапии эклампсии

Первое указание об эклампсии мы нашли в отчете Бирнбаума за 1832—1944 гг., в котором говорится об обмороке и эклампсии, отмеченных в родах 1 раз в 1842 г. и в 1843 г.; в послеродовом периоде 2 раза — в 1834 и 1844 гг.

Относительно терапии и исхода заболевания у этих больных нет никаких указаний.

В отчете Гугенбергера с 1844 по 1859 г. на 8036 родов указано 33 случая эклампсии, т. е. 0,4% или 1:243. Первородящие заболевали в 6 раз чаще, нежели повторнородящие. Двойни встречались при эклампсии в 6 раз чаще, нежели обычно. У 2 больных эклампсия наблюдалась во время беременности, у 21 во время родов и у 10 — после родов. Как видно, эти наблюдения несколько отличаются от тех, которые имеют место и в настоящее время. Число припадков было неизмеримо больше, оно колебалось от 5 до 37. В 6 случаях имеются указания на заболевание почек при эклампсии. Лечение было направлено на борьбу с гидремией, полнокровием, альбуминурией и «нервным» состоянием. Назначались «железные препараты». Старались вызвать моче- и потоотделение, действие кишечника. С этой целью назначали кровопускание, слабительные соли, раздражающие клистиры (уксус и солевое слабительное), горчичники, лед на голову, вдыхание хлороформа. Против «раздражительности» назначались опиум и морфия, а также рекомендовалось введение «нервных» средств, применялось кровопускание путем венесекции до 14—18 унций (500—600 г), которое повторялось при надобности. Старались ускорить роды; к оперативным вмешательствам, однако, прибегали только при вполне подготовленных родовых путях.

Из оперативных вмешательств 14 раз были наложены щипцы, 4 раза было произведено извлечение. Для ускорения родов при «неуступчивом» зеве делали насечки, поворот предпочитали щипцам.

Многое из указанного применяется и в настоящее время, но многое, как, например, раздражающие клизмы, горчичники а также поворот, с современной точки зрения считаются противопоказанными как раздражители. Материнская смертность была 36%; такие же результаты в то время были и в европейских клиниках.

В следующий период времени — 1860—1873 гг. — в отчете В и р и д а р с к о г о частота эклампсии составляла 0,41% (7071 роды) — 1 случай на 250 родов. Относительно примененной терапии нет никаких указаний, но вряд ли она могла чем-либо существенным отличаться от предыдущего периода. В период от 1874 до 1882 г. нет никаких сведений об эклампсии, хотя невероятно, чтобы на 7320 родов не было ни одного случая эклампсии. За период времени с 1883 по 1893 г. д-ром В и р и д а р с к и м посвящена даже отдельная глава об эклампсии. За этот период времени на 5837 поступлений эклампсия встретилась в 75 случаях (1—2%) или же 1 случай на 77 поступивших. Автор отмечает нарастание эклампсии. Может быть, это было и не абсолютное увеличение, а больше поступало в институт, как учреждение высококвалифицированное. Среди экламптичек 68% было первородящих. Наблюдалась эклампсия и при повторных беременностях: первая беременность — 51 случай, вторая — 11 случаев, третья — 4, четвертая — 2 и от 5—12—7. Как и предыдущие, автор отмечает, что поражается более молодой возраст.

Беременность двойней была в 2,4%.

Узкий таз найден в 2,4% всех эклампсий, что дало автору основание предположить, что узкий таз, так же как и ригидный зев, может быть этиологической причиной эклампсии. Преждевременные роды наблюдались в 24 случаях (32%). По мнению автора, продолжительность родов при эклампсии несколько ббльшая, чем в норме. Количество припадков от 1 до 30 и больше. Эклампсия до родов наблюдалась в 16%, во время родов 62,6%, после родов 21,3%. Заслуживает внимания, что дважды эклампсия была отмечена в ранние сроки беременности, на 6-м и 7-м месяце. Общий процент оперативных вмешательств при эклампсии был 1,6% (4).

Автор отдает предпочтение самопроизвольному окончанию родов и отмечает, что родоразрешение не гарантирует от припадков. Материнская заболеваемость при эклампсии — 20%, смертность — 15%. Смертность новорожденных — 29,1%.

Терапия в это время была следующая: продолжительные вдыхания хлороформа, хлоралгидрат в клизмах, подкожно солянокислый морфий, горячие воздушные ванны, обертывание поясницы. В трех тяжелых случаях произвели венесекцию, но безуспешно. Все три больные умерли.

Таким образом, мы видим, что в этом периоде терапия немногим отличалась от предыдущей, и автор отмечает, что терапия эклампсии будет только тогда правильной, когда будет установлен взгляд на сущность и этиологию заболевания.

С 1893 по 1897 г. из отчета Ч а п и н а видно, что на 5102 поступлений наблюдалось 74 эклампсии, по отношению к родившим это 1,47%, т. е. 1 : 68,9 родов.

Эклампсия продолжала нарастать из года в год, и в 1893—1897 гг. частота эклампсии достигла 2⁰/₀; первородящих было 70,3⁰/₀, преждевременные роды отмечены в 13,5⁰/₀. Имеются указания, что белок в моче нашли у 5,4⁰/₀ рожениц, страдавших эклампсией.

Чапин не разделяет мнения Виридарского в том отношении, что узкий таз является причиной эклампсии. Эклампсия по время беременности наблюдалась в 7 случаях, во время родов в 49 (особенно в периоде раскрытия) и после родов в 18 случаях. Акушерские пособия были оказаны в 71,4⁰/₀ (49). Девять раз эклампсия продолжалась и после оказания пособия, так же как и после произвольных родов. Акушерские пособия были: кесарское сечение на умирающих (4 раза), перфорация головки плода — 4 раза, щипцы — 26 раз, поворот и извлечение — 5 раз, извлечение — 1 раз, вскрытие плодного пузыря — 7 раз, надрез маточного зева — 5 раз и разрез промежности — 3 раза. Материнская смертность 21,6⁰/₀ (в том числе 2 умерших от сепсиса), редуцированная — 18,8⁰/₀. Детская смертность 32,4⁰/₀.

Материнская и детская смертность при эклампсии

Годы	1874—1897	1898—1904	1908—1917	1918—1924	1925—1930	1933—1937	1938—1941	1944—1946	1946—1947
Материнская	36 ⁰ / ₀	16 ⁰ / ₀	10,9 ⁰ / ₀	10,4 ⁰ / ₀	3,4 ⁰ / ₀	7,9 ⁰ / ₀	5,6 ⁰ / ₀	3,65 ⁰ / ₀	1,15 ⁰ / ₀
Детская	32 ⁰ / ₀	38 ⁰ / ₀	20,7 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	22,6 ⁰ / ₀	17,4 ⁰ / ₀	16,8 ⁰ / ₀	8 ⁰ / ₀	5,4 ⁰ / ₀

Терапия та же, что и в предыдущем периоде, с той разницей, что хлоралгидрат применяли редко, а подкожно вводили морфий чаще (по Фейту), но без какой-либо системы. В качестве «новейшего» средства применялось подкожное впрыскивание спермина, но безуспешно. Получали хороший эффект от горячих обертываний и ванн, от вдыхания кислорода.

Резюмируя далекое прошлое, мы констатируем, что как материнская, так и детская смертность на протяжении 55 лет (с 1842—1897 г.), о которых имеются сведения, уменьшились незначительно: первая с 36⁰/₀ до 21,6%, а вторая совсем не изменилась.

В последующем периоде институт сыграл огромную роль в вопросе терапии эклампсии.

В 1896 г. заведующим акушерской клиникой был назначен проф. Строганов. Внимание его сразу было обращено на большую смертность от эклампсии. В 1898 г. он выступил в Акушерском обществе с докладом, в котором доказывал инфекционное происхождение эклампсии. То время можно охарактеризовать как эру бактериологии. Бактериология была наука новой, а поводом для инфекционной теории Строганову послужили наблюдения, что больные поступают

сериями и после таких поступлений наблюдаются и аутохтонные случаи эклампсии. Он поддерживал инфекционную теорию эклампсии и в статье, напечатанной в «Русском враче» в 1889 г. После его доклада Отт сказал: «Ввиду недостаточных данных, приведенных докладчиком, считать вопрос открытым и поставить его на предстоящем в 1899 г. съезде врачей в г. Казани». Хотя вскоре Струганов отказался от инфекционной теории, но она принесла ту пользу, что больные, как инфекционные, изолировались и им было оказано больше внимания. Ряд раздражителей, обычных в общем родильном зале, был устранен.

В последнее время он следующим образом формулировал свой взгляд на патогенез эклампсии: «Основным фактором являются элементы последа, включая его экскреты и секреты, попадающие в кровь матери. Там они или непосредственно или после переработки антителами образуют ядовитые продукты, действующие на нервную систему, печень, почки и на эндокринные железы, в частности на надпочечник, и в особенности на заднюю долю гипофиза».

Наркотики имеют цель способствовать успокоению нервной системы и уменьшению спазма сосудов, а также уменьшению припадков, которые Струганов считал наиболее опасными.

В 1935 г. Мандельштам и Каплун на основании экспериментальных данных сочли возможным сделать следующее заключение: «Мы не рассматриваем токсикозы беременности как моноглангулярное заболевание и придерживаемся плацентарно-эндокринной теории гестозов, однако полагаем, что при возникновении дисгормоноза преобладают в большинстве случаев явления декомпенсированной гиперпродукции питуитрина».

Заслуга Струганова заключается в том, что он предложил вводить наркотики как противосудорожное по известной схеме независимо от припадков. Отсюда и название «профилактический метод», которое дано было этому методу, так как его целью было предупредить припадки.

Первая схема Струганова следующая:

0 ч.	1 ч.	3 ч.	7 ч.	13 ч.	29 ч.	37 ч.	45 ч.
Солянокислый морфий 0,015— 0,02 г	Солянокислый морфий 0,015— 0,02 г	Хлоралгидрат 2,0— 3,0 г в клизме	Хлоралгидрат 2,0— 3,0 г в клизме	Хлоралгидрат 1,5— 2,5 г в клизме	Хлоралгидрат 1,0— 2,0 г в клизме	Хлоралгидрат 1,0— 2,0 г в клизме	Хлоралгидрат 1,0— 2,0 г в клизме
подкожно		+ 50,0 г физиологического раствора + 50,0 г молока					

При таком способе лечения в 1899 г. Строганов уже провел 45 случаев без единой смерти. В 1900 г. на конгрессе в Париже он доложил о 92 случаях со смертностью 5,8%.

Такой результат настолько был неожидан, что проф. Крениг и Менге предположили, не относились ли больные Строганова к истеричным или эпилептическим. В 1902 г. на конгрессе в Риме было представлено 126 случаев с подобным же результатом. В 1908 г. он сумел собрать 360 эклампсий с материнской смертностью 6,6% и детской 21,6%.

В сборнике по поводу 25-летия Акушерско-гинекологического института мы могли подытожить 676 случаев эклампсии с материнской смертностью 8,6% и детской 21%.

Результат поистине был разительный. Строганов несколько раз усовершенствовал первоначальную схему лечения. В 1904 г. он рекомендовал:

Начало лечения	Через час	Через			
		3 часа	7 часов	13 часов	21 час
		после начала лечения			
Соляно-кислый морфий 0,015—0,2 г	Хлоралгидрат 2,0 (2,5—1,5 г) в клизме	Соляно-кислый морфий 0,015—0,2 г	Хлоралгидрат 2,0 г в клизме	Хлоралгидрат 1,5 г в клизме	Хлоралгидрат 1,5 г в клизме
подкожно	+ физиологич. раствор	подкожно		как предыдущий	
	+ молоко 50,0 г				

Суточная доза хлоралгидрата 12 г, а солянокислого морфия до 0,06 г. Считая, что хлоралгидрат является основным профилактическим мероприятием против судорог и что припадки обычно бывают чаще в начале заболевания, Строганов предложил третий вариант схемы — вводить хлоралгидрат не через 3 часа после начала припадка, а через 30 минут после введения солянокислого морфия и сразу большую дозу; затем через 2 часа снова морфий и через 5,5 часа от начала лечения хлоралгидрат, с дальнейшими промежутками в 6 и 8 часов.

Относительно действия морфия нет единогласия. Строганов считал, что морфий способствует расслаблению спазма сосудов и потому показан. Сперанская и Дерчинский, Мандельштам и Капун в эксперименте на животных нашли, что морфий обладает антидиуретическим действием. Егоров, производя наблюдения в клинике физиологии и патологии беременности у беременных нормальных и страдающих нефропатией, не мог подтвердить данные эксперимента. Он нашел, что при *nephropathia* диурез в большинстве случаев повышается, а у здоровых беременных наблюдается в некоторых случаях уменьшение диуреза.

В 1923 г. Стрoгaнoв присоединил к своему методу кровопускание и вскрытие околоплодного пузыря. Последнее с целью ускорения родоразрешения, уменьшения внутриматочного давления и всасывания околоплодной жидкости.

С 1914 по 1925 г. Стрoгaнoв провел 201 большую эклампсией с материнской смертностью 4% и числом припадков в среднем 4 на большую. 38% не имели ни одного припадка, от 1 до 3 припадков было у 46% и 15,3% имели от 1 до 12 припадков.

В 1934 г. он заменил хлоралгидрат сернокислой магнезией, и из 182 проведенных в институте больных:

не имели ни одного припадка	128 (77%)
по 1 припадку имели	29 (16%)
по 2 припадку "	5 (2,8%)
по 5 припадков "	1 (0,55%)
по 11 припадков "	1 (0,55%)

Максимальная доза магнезии в сутки 24 г.

Материнская смертность 2,8% (5), детская смертность 16,8%, редуцированная 7% (недоношенных весом от 2000 г и ниже). Это были последние данные, опубликованные Стрoгaнoвoм, подытоженные им уже на смертном одре.

Помимо медикаментозного лечения Стрoгaнoв проводил ускоренное родоразрешение при наличии условий (щипцы при полном открытии и головке, стоящей в полости таза), перинеотомии, извлечение. Особое внимание Стрoгaнoв обращал на уход за больной, страдающей эклампсией. Покой. Устранение всех раздражителей, чистота полости рта, грелки, кислород, согревание больной и т. д.

Велика заслуга Стрoгaнoвa в лечении эклампсии. Многие тысячи женщин во всем мире обязаны ему своей жизнью, так как он с неутомимой настойчивостью и энергией и с полным убеждением в своей правоте боролся против кесарского сечения при эклампсии. Большим утешением ему было то, что он при жизни добился признания своего метода почти во всем мире. Осталось немного акушеров, которые считают кесарское сечение методом лечения эклампсии.

После смерти Стрoгaнoвa, его метод подвергся дальнейшему усовершенствованию. В принципе клиника соблюдает схему и все указания по уходу. Но схему индивидуализируем и совершенно исключили из нее морфий и пантопон. Пантопон применяют только в случаях резкого возбуждения больной.

При предвестниках припадков или когда припадок уже произошел, показано внутримышечное введение 6 г вещества сернокислой магнезии (40 куб. см 15%-ного раствора), затем через 3 часа еще 3 г вещества. При кровяном давлении в 170/100 и выше и головной боли — кровопускание 200—400 куб. см с одновременным введением 20—30 куб. см 40%-ного раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой. Если припадки повторяются, то в дальнейшем вводят еще 6 г вещества. Обычно не приходится давать более 12—15 г в сутки, так как за последние 2 года больше 3 припадков в клинике не наблюдали, 1 припадок был у 80 жен-

щин, 2 припадка — у 27, 3 припадка — у 9. В дальнейшем показан веронал или люминал, если больная жалуется на головную боль или бессонницу. Кесарское сечение применяется только по совокупности показаний (узкий таз, порок сердца, кровоизлияние в мозг и пр.).

Начало лечения	Через 3 ч.	Через 7 ч.	Через 13 ч.	Через 21 ч.
Сернокислая магнезия 6 г (15 куб. см 40% раствор)	Серно- кислая магнезия 3 г (8 куб. см 40% раств.)	Так же, как в предыду- щем, если припадки продолжа- ются, то 6 г	3 г	2 г

Если припадков нет в течение 24 часов, если больная пришла в сознание, объективных жалоб нет, диурез достаточный и кровяное давление снизилось, прекращается назначение сернокислой магнезии и назначается люминал.

Смертность от эклампсии в послевоенное время повысилась, дойдя в 1945 г. с редукцией до 3,4%, а в 1946 и 1947 гг. из 74 больных эклампсией умерли 2, причем одна поступила после нескольких припадков дома, без сознания, и через 1 час умерла, как показала секция, от кровоизлияния в мозг.

При редукции этого случая смертность составляет 1,4%. Детская смертность достигла самой низкой цифры — 5,4%, без редукции. В то же время кесарское сечение как метод родоразрешения при эклампсии даже при раннем оперировании дает смертность 8,5%. Возможно еще дальнейшее усовершенствование и успехи профилактического лечения.

Как и в прежнее время, эклампсия наблюдается у первородящих. Беременность двойней среди экламптичек встречается в 5 раз чаще.

С таким результатом мы приходим к 150-летней деятельности института. За этот промежуток времени материнская смертность снизилась от 36% до 1,4%, детская смертность с 32% до 5,4% (без редукции 1946 г.). Следует отметить, что в настоящее время заболевание эклампсией протекает гораздо легче, чем это было еще лет 10 тому назад. Такими показателями мы обязаны не только правильной терапии, но, главным образом, профилактической работе женских консультаций и клиники физиологии и патологии беременности. Ранняя госпитализация и режим имеют решающее значение в отношении профилактики эклампсии.

Клиника не разделяет мнения о том, что причина токсикозов лежит в каких-то «ядах», выделяемых плацентой, а полагает, что сущность заболевания нужно искать в реакции нервно-сосудистых центров на изменения, которые происходят в организме беременной под влия-

Профилактика эклампсии

	Дата	Число нефропатий	Из них заболело эклампсией	Смертность	
				материнская	детская
Прошедшие клинику физиологии и патологии беременности	С 1925 по 1929 гг. И. Яковлев	170	31 (18,2%)	5 (12,9%)	7 (4,1%)
"	С 1938 по 1940 гг. Р. Лурье	164	30 (12%)	0	4 (2,4%)
"	С 1944 по 1947 гг.	194	13 (6%)	1 (0,5%)	8 (4,0%)
Поступившие непосредственно в родильное отделение	С 1925 по 1929 гг. И. Яковлев	110	64 (58,1%)	9 (8,18%)	6 (5,4%)

Профилактика нефропатий

Прошедшие клинику физиологии и патологии беременности	1925—1929 гг. И. Яковлев	116	—	1 (0,86%)	10 (11,2%)
Поступившие непосредственно в родильное отделение	1908—1925 гг.	116	—	10 (8,6%)	45 (39%)

нием продуктов обмена яйца. Весьма вероятно, что эта болезненная реакция зависит от лабильности вегетативных центров и регулирующей их центральной нервной системы. Эта концепция открывает нам и пути профилактики.

В настоящее время в клинике физиологии и патологии беременности проводится работа по изучению реактивности организма беременных, страдающих гестозами.

Мы надеемся, что, создав необходимые условия режима, питания, и лечения, удастся свести заболеваемость и смертность от эклампсии до минимальных цифр.

Обезболивание родов

Обезболивание родов является чрезвычайно гуманным и ценным достижением науки. Прекрасное действие хлороформа при спазмати-

ческих болях отмечает Гугенбергер. В последующем периоде Баландин, с целью дать отдохнуть роженице, рекомендовал хлороформенный наркоз. При узком тазе и спазматических болях не приступали к какой-либо операции, не испробовав предварительно длительный хлороформенный наркоз. Хлороформ давали в течение 5—6 часов и даже в продолжение суток с перерывами (Баландин). Виридарский приводит следующий случай, иллюстрирующий действие длительного наркоза: IV роды, общесуженный плоский таз, первые роды закончились перфорацией, вторые и третьи — искусственными преждевременными родами. Настоящие роды длились двое суток, вследствие развившихся судорожных болей; прежде чем приступить к операции, решено испробовать наркоз. Хлороформ давали в течение 6 часов, и, к великому удивлению всех, роженица разрешилась самостоятельно живым доношенным мальчиком весом 3800 г.

Соматическое и психическое состояние роженицы имеет большое значение; в этом отношении отдых во время родов очень рационален. Акушерский наркоз *à la reine* занял почетное место в клинике и в дальнейшем, но не столько с целью обезболить роды, сколько с целью дать отдохнуть роженице. При резких болях пользовались подкожным введением 1% *sol. morpii muriatici*.

Впервые с целью обезболивания родов в ЦНИАГИ проф. Ильин применил в 1910 г. морфий-скополаминовый наркоз, а затем проф. Фейгель в 1927 г. (10 случаев) пользовался методом синергетического наркоза, предложенного в 1923 г. Гватмеем. Однако эти авторы ограничились только испытанием указанных обезболивающих средств, и их исследование носило эпизодический характер.

Сталинская забота о женщине, об облегчении ей задач материнства поставила перед советскими акушерами проблему массового обезболивания родов. Избавить женщину от родовых болей — это значит сделать материнство еще более радостным и счастливым.

Сотрудники акушерской клиники с энтузиазмом включились в эту исключительной значимости работу в деле советского родовспоможения и детально изучили действие обезболивающих средств, имевшихся в нашем распоряжении.

В самом начале работы клиника испытывала неудовлетворение в способе оценки эффективности того или другого способа. Оценка врача носила субъективный характер, так же как и отзыв роженицы. Проф. Ягунов и д-р Старцева предложили метод графической регистрации поведения роженицы с помощью сконструированного ими прибора, который позволял записывать речевую реакцию, дыхание, двигательную реакцию и сокращения брюшного пресса до и во время обезболивания. На кимограмме получалась совершенно объективная запись, которая позволяла судить об эффективности применявшихся способов обезболивания.

Доц. Яковлев и инженер Петров (б. сотрудники института) предложили пользоваться хронаксиметрией как методом объективного учета болевой чувствительности и пришли к заключению, что до известной степени им можно пользоваться для данной цели. Гарма-

шева проверила это в эксперименте на кроликах и подтвердила клинические наблюдения.

Методика работы была следующая: так как подготовка при любом методе обезболивания имеет большое значение, то было обращено внимание женской консультации на этот участок работы (Р. Г. Лурье). Врачи и сестры женских консультаций включились в работу и проводили разъяснительную работу о том, что такое обезболивание и какое оно имеет значение.

При поступлении в клинику в приемном покое роженицы получали одну столовую ложку брома, а в родильном зале начинали обезболивать тогда, когда родовая деятельность была хорошо выражена. Вначале обезболивали только при нормальных родах. Для ускорения родовой деятельности, что имеет большое значение при обезболивании, вскрывали плодный пузырь при раскрытии зева на 2 $\frac{1}{2}$ —3 пальца и назначали солянокислый хинин дробными дозами.

Каждому старшему дежурному врачу было поручено изучение эффективности, продолжительности действия, осложнения одного из обезболивающих средств, которое применялось только на его дежурстве.

Таким образом, в клинике изучали эффективность следующих средств: свечи с белладонной, пантопомом, антипирином и хинином (свеча № 1 и № 2 Вицкая), гексенал и первую фазу Гватмея (Левит, Беккер и Туманова), гексенал на растворе глюкозы, закись азота (Шуссер), карандаш Кипарского (Беккер), антипирин-пантопон (Чинчарадзе), свеча с белладонной и первая и вторая фаза Гватмея (Меньшенина), закись азота (Шуссер и Беккер), наркоз и внушение (Качан и Белозерский), новокаиновый ионтофорез, различные анальгезирующие и наркотические порошки, препарат Д, гексеналовый ликер, паральдегид и т. п.

Все работы напечатаны в т. VI трудов ЦНИАГИ, 1940 г., Ленинград. Результат получился следующий: длительность всех средств, кроме гипноза, продолжается от 1 до 6—7 часов, длительный и глубокий сон удлиняет продолжительность родов. Некоторые средства, как, например, гексенал, вызывают возбуждение роженицы, рвоту. Синергетическое действие гексенала и сернокислой магнезии ослабляет родовую деятельность, обезболивающий эффект усиливается. Свеча и первая фаза Гватмея также вызывают ослабление родовой деятельности и легкую асфиксию плода. Метод Гватмея давал высокий процент обезболивания (91,7%).

Был также изучен вопрос применения обезболивания при некоторых патологических случаях — порок сердца, нефропатия, неправильность со стороны таза и пр. (Микеладзе). Полученные Микеладзе данные показали, что обезболить в этих случаях возможно, но выбор средства зависит от основного заболевания: нефропатия — сернокислая магнезия и свечи, порок сердца — пантопон, эфирный наркоз. Особую подготовку требовал гипноз с целью обезболивания в родах. Необходимо было сперва отобрать подходящий контингент беременных, т. е. легко внушаемых и гипнотизируемых. Это было проведено

д-ром Качан (+) и Белозерским по методике Бирмана и Астахова. После отбора сеансы гипноза начинались в периоде беременности в женской консультации. Сеансы гипноза были групповые и индивидуальные. Начинали гипноз обычно с 32-й недели беременности, но единичные случаи были в более ранних и более поздних сроках беременности и даже только при родах. Сеансы проводились один или два раза в пятидневку и затем в родильном зале подкреплялись во время родов одним внушением. В 50% были получены прекрасные результаты и никаких осложнений не наблюдалось.

Одновременно с клиническим изучением обезболивающих средств на базе патофизиологической лаборатории был развернут ряд экспериментальных работ, имевших целью изучить влияние обезболивающих средств на сократительную функцию матки (Каплун, Аронсон). Значение хирина как антидота по отношению к обезболиванию по методу Гватмея в смысле снятия его угнетающего действия на родовую деятельность, действие хлоралгидрата, паральдегида, морфия на изолированные сосуды плаценты (Шуссер и Каплун). Кумуляционные свойства метода Гватмея и гексенала (эвипаннатрия) изучал Полоцкий и т. д. Не менее важным было изучение проходимости через плацентарный барьер употребляемых нами обезболивающих средств. Этим вопросом занялся Динец; выяснилось, что употребляемые вещества находят в крови из пуповины в количестве, зависящем от срока введения. Применением диатермии и вдыханием CO_2 Каплуну не удалось повысить проходимость гемато-энцефалического барьера. При терапевтической дозе хлоралгидрата, принимаемой *per os*, не удается определить его в ликворе, чем автор и объясняет большой процент отказов при применении хлоралгидрата в качестве обезболивающего.

Улезко-Строганова (+) показала, что под влиянием целого ряда веществ, применяемых в клинике: сернистой магнезии в сочетании с хлоралгидратом, хлоралгидрата, белладонны, пантопона, сернистой магнезии, происходят изменения в паренхиматозных органах животных, однако эти изменения обратимы (Тибилова, Динец).

На основании вышеупомянутых работ сотрудников ЦНИАГИ и многих других оказалось, что синергетический метод наиболее эффективен, что обезболивать не следует весь период родов, а только наиболее болезненные фазы его, и что следует отличать в отношении выбора средства в период раскрытия и в период изгнания. В периоде раскрытия можно рекомендовать одно из следующих средств: 1) свечу с белладонной № 1 и 2; 2) первую фазу Гватмея; 3) гексенал внутримышечно и ректально или в виде ликера; 4) пантопон с антипирином; 5) карандаш Кипарского; 6) ингаляционный наркоз эфиром, 7) анагезирующие порошки и закись азота.

В периоде изгнания: 1) закись азота; 2) гексенал (у первородящих); 3) ингаляционный наркоз; 4) карандаш Кипарского; 5) гипноз; 6) анестезию срамного нерва.

Обезболивание родов надо признать достижением советского родовспоможения. Наркоз требует большого внимания персонала к роженице и к состоянию плода. Тишина в родильном зале вносит известную культуру в работу последнего. Не испытав боли, родильница чувствует себя бодрее в послеродовом периоде.

Наконец, на психику поступающих в родильный зал тишина и отсутствие криков действуют ободряюще.

Всего в клинике за период времени с 1936 г. по июнь 1941 г. было обезболено 8 000 рожениц (от 40 до 50%).

Однако, несмотря на достижения, клиника не вполне была удовлетворена.

Война с белофиннами и затем Великая Отечественная война прервали нашу работу, и по возобновлении ее в ноябре 1944 года мы снова занялись вопросом обезболивания. Проф. Шуб предложил в качестве обезболивающего средства изучить витамин В₁. В акушерском отделе Шуб и его сотрудники разработали способ физиологического родоускорения и болеутоления. Известно, что беременные и внутриутробный плод нуждаются в витаминах, что у беременных обычно имеется дефицит витаминов В и С. Из данных литературы было известно, что В₁ мобилизует ацетилхолин, а сокращения мышц сопровождаются и связаны с ацетилхолином. Таким образом, витамин В₁ является активатором родовой деятельности и вместе с тем известно его анальгезирующее свойство. На основании этих данных можно рассматривать витамин В₁ как физиологическое обезболивающее и родоускоряющее средство. Оно не дает тех осложнений, которые давали барбитураты, и безвредно в той дозе, которую применяют при обезболивании. Противопоказаний для применения витамина В₁ не было. Клиника приступила к его применению в 1945 г. Вначале мы вводили препарат витамина В₁ комплекс внутривенно, но так как он быстро выделялся из организма, то мы перешли на внутримышечное введение. Назначаем витамин В₁ в два приема: 60 мг и через час 40 мг. Если эффект не наступает, то через час вводим еще 40—60 мг. Обычно эффект наступает через 20 минут.

Уже в настоящее время клиника имеет 2 017 наблюдений, в 20% получился хороший обезболивающий эффект (+++), а около 50% — эффект болеутоляющий (++) . Роженица, которая до обезболивания беспокоилась, кричала, металась по кровати, успокаивается после того, как ей ввели витамин В₁, иногда дремлет или тихо стонет.

Продолжительность действия витамина В₁ от 1 до 3 часов.

Проверка проводится хронаксиметрией (Кобышева) и аппаратом Ягунова. Данные хронаксиметрии и записи аппарата совпадают с субъективными ощущениями роженицы и ее поведением. Механизм действия витамина В₁ является предметом изучения в эксперименте (Шуб и Гармашева).

Одновременно мы ищем новые пути в отношении ускорения родовой деятельности и большего эффекта обезболивания. Ввиду усиливающего действия глюкозы на родовой акт в настоящее время на фоне глюкозы вводится витамин В₁.

Обезболивание родов является ведущей проблемой института. Предшествовавшие работы представляют отдельные этапы этой проблемы. Основным этапом в послевоенные годы было изучение обезболивающего эффекта витамина В₁, разработка и уточнение этого вида обезболивания составят основную задачу клиники в настоящее время.

Завлечение

От «госпитальной родильни» до Центрального института акушерства и гинекологии институт прошел длительный путь. За это время медицинская наука обогатилась важнейшими открытиями и достижениями. Достаточно указать на успехи в области бактериологии, иммунологии, эндокринологии, биохимии, учение о конституции, о вегетативной нервной системе, наконец, новейшее учение об антибиотиках. Значительно расширилось наше понимание интимных процессов, происходящих в организме, благодаря развитию и доступности лабораторных исследований, расширением наших знаний в области нервной системы и эндокринологии.

Акушерская дисциплина выросла на почве этих достижений науки. Клиника несравненно более могущественна теперь в области диагностики и терапии. Клиника может в известной мере управлять родами, т. е. мы можем вызвать роды, их ускорить, усилить, обезболить, можем; по выражению Снегирева, «вмешаться в любой момент родов».

Благодаря организации советского родовспоможения мы обогатились такими профилактическими учреждениями, как женские и детские консультации, где проводится антенатальная забота о беременной и ее ребенке, и 100%-ным обеспечением стационарным родовспоможением. Другими словами, у нас имеются все предпосылки для того, чтобы советское акушерство было образцовым.

За прошедшие годы изменился не только численный состав рожениц, который неуклонно возрастал, но изменился и качественный их профиль. В 1883 г. первородящие до 20 лет составляли 29,3% всех первородящих, в 1904 г. число их снизилось до 25,2%, а в дальнейшем оно продолжало снижаться. Изменилось соотношение многородящих и первородящих, со времени империалистической войны стало увеличиваться число первородящих. В последние годы в клинике заметно увеличилось число пожилых первородящих. В прежние годы они составляли 6,6—6,8% всех первородящих, в настоящее время первородящие в возрасте от 30 лет составляют 18—19% всех первородящих. Такое преобладание числа первородящих, особенно пожилых, не могло не отразиться на деятельности клиники, увеличивая число патологических родов и показания к оперативным вмешательствам.

Клиника, как авторитетное и крупное учреждение, всегда привлекала большое количество акушерской патологии. В связи с открытием специальной клиники патологии беременности, естественно, приток патологических случаев увеличился.

На протяжении 150 лет клиника обогатилась огромным опытом. Подвергая свою работу проверке и критике на научной основе, она изменяла, отвергала или применяла различные методы профилактики

и терапии. Так, подверглась изменению обработка рожениц перед родами (ст. Белошапко). Специальное внимание уделено устранению капельной инфекции; весь персонал клиники работает в масках и подвергается периодическому исследованию на бациллоносительство. В периоде кишечных инфекций исследования производятся и в этом направлении. Бациллоносители устраняются от работы в акушерской клинике.

Роженицы с различными очагами инфекции, а также те, у которых температура в родах выше $37,6^{\circ}$, изолируются. Мы не столь безоружны в настоящее время против инфекции, как прежде, мы широко пользуемся антибиотиками и профилактически — гемотрансфузией.

Если в начале бактериологической эры все внимание было устремлено на борьбу с микроорганизмом, то теперь не меньше внимания уделяется состоянию макроорганизма. Сопротивляемости последнего придается большое значение. Для поднятия защитных сил организма применялась вакцинация во время беременности стрептококковой: токсин-вакциной (Сморозинцев, Маслова). Опыт блокады Ленинграда показал, какое существенное значение имеют витамины во время беременности, и в настоящее время проводится витаминизация беременных. С 1945 г. всем роженицам вводится АЦС (антиретиккулярная цитотоксическая сыворотка Богомольца). Придавая большое значение обезболиванию в родах для сохранения соматического и психического состояния рожениц, клиника стремится обезболить по возможности всех рожениц.

Исследования, проведенные на материале акушерской клиники, показали, что длительный безводный период способствует послеродовым заболеваниям. Поэтому при рано отошедших водах в клинике принимаются меры для ускорения родовой деятельности. В этом отношении витамин B_1 оказался весьма эффективным. От применения влагалищных душей высокой температуры клиника отказалась.

Клиника пересмотрела свое отношение к терапии предлежания детского места (ст. Белошапко).

Изменилась также линия поведения при ягодичных, косых и поперечных положениях плода. В 1929 г. клиника разработала методику наружного поворота во время беременности, который широко практикуется в консультации для беременных. В родах при ягодичном предлежании способ Брахта оказался более бережным, нежели способ Фейт-Смелли (ст. Шуссера). При крупном плоде у пожилой первородящей при рано отошедших водах и неподготовленных родовых путях клиника предпочитает родоразрешение путем кесарского сечения.

Родоразрешение вагинальным путем при поперечном положении и наличии крупного плода дает плохой прогноз для плода и иногда кончается разрывом матки, почему клиника в этих случаях предпочитает путь брюшностеночный.

При подозрении на остатки последа в матке клиника предпочитает инструментальное обследование полости матки пальцевому. Ручное отделение последа и ручное обследование полости матки, которое да-

вало 50% заболеваемости и 11% смертности (Малиновский и Кушнир), в клинике за 1937 г. 12% септической заболеваемости и 2,4% смертности, а за 1939 г. после применения гемотрансфузии септическая заболеваемость была 5,3%, а смертность 1,3%, а за последние 3 года на 15 212 родов процент смертности — 0. Этот результат мы объясняем обязательной профилактической гемотрансфузией (Дерчинский).

Мы уже указывали, что при пространственном несоответствии между тазом и головкой плода клиника считает основным своевременный диагноз и прогноз и, вместо бесплодного выжидания прежних лет,

Число мертворождений в процентах

Годы	1874—1897	1898—1904	1908—1917	1918—1924	1925—1930	1931—1937	1938—1941	1941—1946
% мертворожденных	6,5%	5,5%	4,2%	3,3%	3,7%	3,3%	2,7%	2,3%

производство кесарского сечения, если нельзя рассчитывать получить живого ребенка влагалищным путем.

Если 100 лет тому назад Гугенбергер говорил, что в большинстве случаев роженица с узким тазом прибывала в госпиталь поздно, в крайне запущенном состоянии, то при нашей организации родовспоможения этого не может и не должно быть. Каждая беременная, у которой имеется какое бы то ни было осложнение, должна заблаговременно направляться в стационар. В клинике же не должно быть таких запущенных случаев, при которых, как *ultimum refugium*, остается перфорация плода. Исход каждой операции зависит в значительной мере от тех условий, при которых она производится (состояние матери и плода).

Мы называем направление клиники «разумно-» или «рационально-консервативным». Клиника не приступает к операции без строгих показаний (школа Отта), но показания стремится установить вовремя. Мы еще не достигли идеала в этом отношении, но мы к нему стремимся. К достижениям клиники нужно отнести небольшую септическую смертность, несмотря на большое число патологических случаев — 0,014% за послевоенные годы. В будущем она должна быть сведена к 0.

К этому клиника будет стремиться, совершенствуя методы работы, подвергая анализу и критике каждый пройденный этап.

Педагогическая работа в клинике

Акушерская клиника всегда была основной базой для врачей, приезжающих для усовершенствования по акушерству и гинекологии. Прежний земский врач должен был быть специалистом по всем спе-

циальностям и обязательно должен был знать акушерскую патологию, на которую он только и приглашался.

Преподавание акушерства имело главным образом практический уклон: врачи дежурили в акушерской клинике, присутствовали на разборе рожениц, исследовали их, ассистировали при операциях и сами оперировали под руководством старших товарищей. В курс преподавания входило оперативное акушерство (на фантоме с детскими, стерильными трупиками) и избранные отделы акушерства.

Со времени Октябрьской революции и новой организации родовспоможения в стране явилась необходимость во врачах-специалистах, а также в усовершенствовании тех, которые уже работали по специальности. Для тех и других были организованы курсы по значительно расширенной программе, на которых преподавателями были ответственные работники акушерской клиники.

Кроме того, в акушерской клинике проходят стаж врачи ординаторы, аспиранты и дежуранты. Для каждой из этих групп составляется индивидуальная программа.

Проводятся семинары, занятия на фантоме по оперативному акушерству, клинический разбор рожениц, конференции.

В акушерской клинике также занимаются ученицы акушерского техникума под наблюдением инструктора и непрерывно проводятся занятия лекционного и семинарского типа с акушерками клиники с активным участием самих акушеров.

С санитарками проводят занятия по уходу за роженицами и родильницами и по другим специальным вопросам ассистенты клиники.

Все занятия проводятся по строгому расписанию и заранее разработанной программе.

Перспективы клиники

1. Широкое внедрение рентгенографии с целью выяснения спорных вопросов механизма родов.
2. Дальнейшее исследование и изыскание в области физиологических обезболивающих средств.
3. Дальнейшее изучение причин мертворождаемости и недонашиваемости.
4. Изучение биологии плаценты.
5. Дальнейшее стремление изжить септическую заболеваемость и смертность, а также снизить мертворождаемость.

Проф. П. А. БЕЛОШАПКО

Подготовка родовых путей в родах

Вопрос о том, как необходимо подготавливать родовые пути в родах в целях наибольшего снижения послеродовой септической заболеваемости и смертности, и до настоящего времени среди акушеров трактуется по-разному.

Критическая оценка эволюционного пути, по которому шло развитие истории этого вопроса в стенах института, является вполне своевременной.

Сведения о подготовке родовых путей рожениц в первое десятилетие существования Повивального института не отличаются полнотой.

Это легко объясняется тем, что сам вопрос не привлекал внимания акушеров конца XVIII и начала XIX веков, т. е. того времени, когда не было никаких представлений о происхождении пуэрперального сепсиса.

Для характеристики упоминаемого периода важно было бы установить, какой обработке подвергались руки персонала (врачей и акушеров) при вагинальном исследовании рожениц, что широко применялось для учебных целей и при операциях в родах.

Руководствуясь сведениями из отчета Гугенбергера за 1845—1859 гг., можно почти с уверенностью утверждать, что родовые пути рожениц никакой обработке не подвергались, а персонал применял мытье рук мылом скорее после вагинальных исследований и операций, чем до них.

Успехи подобного ведения родов с большим усердием и точностью определены в отчете Гугенбергера. За 15 лет (1845—1859 гг.) средняя цифра послеродовой заболеваемости составляла 15,35%, а средняя цифра послеродовой смертности — 2,96%. В некоторые особенно неблагоприятные периоды (1846, 1848 и 1849 гг.) послеродовая

заболеваемость достигала 33,9%, а смертность — 15,1%, что дало право Гугенбергеру говорить о том, что в эти периоды «родильная горячка свирепствовала в институте».

Весьма интересно, что, по данным того же отчета Гугенбергера, смертность после родов в черте города С.-Петербурга (т. е. главным образом по цифрам рождений на дому) за этот же период 1845—1859 гг. составляла всего 0,7%, а «заболевания и смерть при уличных родах составляли редкость».

Эти важные наблюдения, несмотря на незнание сущности «родильной горячки», должны были привести к мысли о необходимости максимальной изоляции рожениц друг от друга.

В институте был тщательно проведен план организационных мероприятий, направленных, как нам сейчас ясно, на борьбу с экзогенной, тогда еще неведомой, инфекцией.

Это следующие мероприятия:

1. Система келий для рожениц (по плану д-ра Этлингера).
2. Два блока для родильниц, работающие попеременно.
3. Выпаривание тюфяков и подушек.
4. Мытье соломенников после каждого употребления.
5. Ежедневная смена простынь и смена одеял после каждой родильницы.
6. Запрещение одновременного ухода за больными и здоровыми.
7. Производство вскрытий после утренней визитации.
8. Обмывание рук в покойницкой хлором.
9. Очистительные спринцевания.

Мы приводим полностью перечень этих мероприятий для того, чтобы показать, что в описываемый период в институте впервые поднимается вопрос об обработке рук (правда, только в покойницкой) и об обработке влагилица («очистительным спринцеванием»). Эти два мероприятия занимают очень скромное место (последнее!) в общем перечне. Автор отчета (Гугенбергер) уделяет им столь малое внимание, что читатель не может установить, когда применялись спринцевания, в родах или после родов, и какие растворы служили для этих целей.

Для того чтобы оправдать Гугенбергера и его современников в наших глазах, напомним представления акушеров того времени о происхождении послеродовых септических заболеваний. По словам Гугенбергера, «заражение трупным ядом составляет наименьшее число, самозаражение — большее число, зараза госпитальным воздухом — наибольшее».

Как бы то ни было, перечисленные выше мероприятия дали значительный эффект. Так, например с 1850 г. септическая смертность после родов падает в течение ряда лет, доходя до 1,3% в 1851 г. Хотя эта цифра оказалась нестойкой, так как в последующие годы мы встречаем смертность после родов от септических заболеваний, равную 2,51%, а в 1859 г. — 4,1%, но зато в период от 1860 до 1879 г. в институте ни разу не было вспышки «родильной горячки», подобной вспышке 1849 г.

Коренной перелом в истории вопроса о подготовке родовых путей в родах наступил в институте в 1874 г. по инициативе И. Ф. Баландина.

Идеи, высказанные Земмельвейсом в 1847 г., были достаточно смутны еще в 1874 г. и нередко подвергались насмешкам акушеров.

И. Ф. Баландин, целиком разделяя мысли Земмельвейса, перестроил институт по типу изолированных павильонов и ввел настоящую систематическую обработку родовых путей роженицы и рук персонала. Система Баландина заключалась в следующем: руки акушера перед исследованием и после него тщательно обмывались мылом Джойса, наружные половые части роженицы при приеме тщательно обмывались мылом, волосы коротко обстригались, влагалище подвергалось спринцеванию. Для спринцевания вначале (с 1874 г.) применялась карболовая кислота, с 1884 г. — сулема, с 1887 г. — как сулема, так и борная кислота. После вагинального исследования производилось повторное спринцевание влагалища дезинфицирующими растворами и затем общая мыльная ванна. Перед каждым последующим исследованием производилось обмывание наружных половых частей мылом и спринцевание влагалища, после исследования — вновь спринцевание.

При вагинальном исследовании, кроме указанного выше мытья рук мылом, применялось смазывание пальцев рук карболизированным (3—5%) прованским маслом. Прованское масло в последующие годы было заменено горчичным маслом. Масло до применения кипятилось.

Введение перечисленных мероприятий по обработке рук персонала и родовых путей роженицы привело к блестящим результатам: смертность от септических послеродовых заболеваний за период от 1874 до 1882 г. упала до 0,85%, а за период от 1883 г. до 1893 г. — до 0,2%, т. е. уменьшилась в 20 раз по сравнению с цифрами до 1874 г.

Это знаменовало уже настоящий переворот в борьбе с послеродовой септической смертностью и окрыляло акушеров на дальнейшие успехи. Пределы этих успехов мыслились в полном отсутствии септической смертности и связывались с дальнейшим усовершенствованием способов антисептической обработки рук персонала и родовых путей роженицы.

К концу деятельности И. Ф. Баландина было установлено тщательное мытье рук перед вагинальным исследованием и перед операцией по способу Фюрбрингера (Fürgbinger), обработка же родовых путей производилась следующим образом: при поступлении роженице давалась мыльная ванна, волосы на половых частях коротко обрезались, половые части тщательно обмывались намыленной щеткой и сулемой, влагалище спринцевалось раствором сулемы (1 : 2000,0); после каждого исследования спринцевание тем же раствором повторялось; при катетеризации наружные половые части также обмывались сулемовым раствором; по окончании нормальных родов производилось обмывание наружных половых частей сулемой и спринцевание влагалища тем же раствором; после патологических

родов, а также после операций, к этому добавлялось внутриматочное спринцевание дезинфицирующими растворами.

Как мы уже упоминали, Баландин достиг блестящего успеха (снижение септической смертности после родов до 0,2%), однако свести септическую смертность к нулю ему не удалось.

Ко времени, когда Баландин сменил Д. О. Отт, в акушерстве в вопросе о подготовке родовых путей в родах ясно определилось два противоположных направления, истоки которых относятся еще к концу 80-х годов прошлого столетия.

Антисептическая обработка влагалища в родах, введенная задолго до того, как во влагалище были обнаружены микроорганизмы, имела целью борьбу с экзогенной инфекцией, вносимой при несовершенной обработке рук, и дала блестящий эффект.

Обнаруженные во влагалище микроорганизмы, среди которых были нередко находимы патогенные формы, для многих акушеров казались той дополнительной опасностью инфекции, которая стояла на пути достижения полного отсутствия послеродовой септической смертности и которая не только укрепляла идею антисептической обработки влагалища, но настойчиво требовала усиленной и усовершенствованной его дезинфекции (Кальтенбах — Kaltenbach).

Штеффек (Steffeck), руководствуясь физико-химическими условиями, создающимися во влагалище, и наблюдением над ростом бактерий во влагалище при разных способах обработки последнего, предложил рациональную дезинфекцию влагалища, заключающуюся в следующем: влагалище энергично моется мылом при помощи двух пальцев и спринцуется сулемой в разведении 1:3000,0; через каждые 2 часа спринцевание повторяется (так как микробы вновь обнаруживаются); для спринцевания расходуется 1 л сулемового раствора.

Дорн (Dohn) установил, что при широком применении в родах вагинального исследования (в целях преподавания) смертность от септических заболеваний после родов составляет 1,9%, а при ведении родов без вагинального исследования — 0,56%. Основываясь на этом, он пришел к заключению, что в целях борьбы с дополнительной опасностью, обусловленной применением вагинального исследования, необходимо усилить дезинфекцию влагалища или отказаться от вагинального исследования.

Далее, при изучении микробизма влагалища Дедерлейну (Döderlein) удалось установить важную роль влагалищной палочки в процессе самоочищения влагалища.

В свете этих данных акушеры в вопросе обработки влагалища в родах разделились на два лагеря.

Одни (Штеффен, Кальтенбах, Вале (Vahle) стояли за необходимость энергичной антисептической обработки влагалища в родах, другие — Менге (Menge), Крониг (König), Леопольд (Leopold), — признавая наличие благодетельного механизма самоочищения влагалища, считали, что частая и энергичная обработка его не только не полезна, но даже вредна (нарушает механизм самоочищения).

В период этих исканий и споров институт занял вполне определенную позицию, вытекающую из убеждения И. Ф. Баландина и Д. О. Отта, что родовые пути роженицы представляют собой операционное поле и, следовательно, требуют самой тщательной антисептической обработки.

Поэтому Д. О. Отт пошел по пути дальнейшего усовершенствования методов обработки влагалища в родах.

Система, введенная Оттом, состояла в следующем: при поступлении роженица получала клизму, за которой следовало обмывание всего тела мылом и мочалкой, волосы на половых частях сбривались; наружные половые части подвергались энергичному мытью мылом при помощи двух щеток или мочалок под сулемовым орошением (1 : 4000,0); влагалище также подвергалось энергичному мытью двумя пальцами мыльной пеной под сулемовым спринцеванием; наружные половые части после этого обрабатывались 70° спиртом.

Указанная обработка влагалища производилась врачом и применялась лишь при неотшедших водах. В дальнейшем спринцевание влагалища сулемой повторялось после каждого исследования, а мытье мылом и сулемой — перед операцией. Одновременно Д. О. Отт требовал самой тщательной обработки рук персонала.

Твердо веря в необходимость и надежность антисептической обработки родовых путей, Отт был настойчивым поборником идеи о безвредности (в смысле внесения инфекции) и необходимости (в целях правильного ведения родов и для преподавания) вагинального исследования рожениц.

По отчету д-ра Шабак за 1897—1906 гг. смертность после родов от септических заболеваний в институте составляла 0,19%; при этом каждая роженица служила учебным материалом и исследовалась неоднократно»

Нельзя не согласиться с тем, что Д. О. Отт получил весьма отчаянную цифру послеродовой септической смертности, отвергнув нездоровые мысли об опасностях вагинального исследования в родах.

Однако надежды на дальнейшее значительное понижение процента послеродовой смертности, несмотря на применение энергичной антисептической обработки родовых путей, не оправдались.

В институте одновременно с проведением твердых принципов Д. О. Отта велись работы по изучению микробизма влагалища женщины. Первой капитальной работой в этой области была диссертация В. В. Строганова под заглавием: «Бактериологические исследования полового канала женщины в различные периоды ее жизни. Со включением материалов к вопросу о самозащите организма против патогенных микробов со стороны полового канала».

Эта работа, выполненная с большой точностью, ставила под сомнение надобность антисептической обработки влагалища в родах.

В дальнейшем с 1918 г. институт отказался от мытья и дезинфекции влагалища в родах, продолжая тщательную обработку наружных половых частей.

Несмотря на это, процент послеродовой септической смертности не только не повысился, но за период от 1918 до 1929 г., согласно отчету проф. Л. И. Бубличенко, дал среднюю цифру в 0,17%.

Эти данные, а также данные ряда других учреждений нашей страны, склонили многих акушеров (Груздев, Скробанский, Илькевич) к уверенности в том, что антисептическая обработка влагалища (и особенно периодически повторяющаяся), нарушая благоприятные биологические процессы во влагалище, не только не полезна, но даже вредна.

Эта мысль логически должна была привести к другому важному заключению, что успехи борьбы за снижение послеродовой септической смертности, определившиеся со времени введения в акушерстве антисептики, обусловлены исключительно устранением экзогенной инфекции (обработка наружных половых частей рожениц и рук персонала).

В таком случае, отвергая надобность и целесообразность обработки влагалища, необходимо было подчеркнуть все важное значение обработки наружных половых частей роженицы и рук персонала, что мы и видим в высказываниях указанных авторов.

В институте в период 1926—1927 гг. была предпринята попытка в дальнейшем больше не возобновлявшаяся, воскресить метод обработки влагалища роженицы по Отту. Попытка эта была предпринята проф. А. В. Марковским. Она не имела никакого успеха, так как никто из современников Марковского эту идею уже больше не поддерживал.

В дальнейшей истории института можно отметить еще два этапа в развитии вопроса об обработке родовых путей роженицы.

Первый этап касается применения так называемой модернизированной антисептики влагалища растворами, не наносящими вреда клеткам влагалищного эпителия, но задерживающими рост патогенных микробов.

В качестве подобных растворов были предложены: раствор риванола 1:500,0 (братья Гузиковы), жидкость Дакена (Бибчук), аммиачные растворы серебра (по Георгиевскому), меркурхром — Майес (Maues), люголевский раствор — Завгородняя (ЦИАГ).

В институте по настоянию проф. П. В. Занченко в 1932 г. применялись риванол и раствор люголя. Техника применения заключалась в ведении во влагалище помощью катетера и воронки 10 мл указанных растворов после каждого вагинального исследования. Так как это мероприятие ни в какой мере не сказалось на понижении цифр послеродовой септической заболеваемости и смертности, то оно с уходом проф. Занченко из института было остановлено как бесполезное.

Второй этап относится к 1938—1939 гг. и касается применения антисептической пасты, которая наносилась на покровы наружных половых частей роженицы после обычной антисептической их обработки.

Эта паста, изготавливаемая по следующему рецепту:

Rp: Jodi puri 0,5

Lanolini 20,0

Vaselini 50,0

Paraffini Cerae albi aa 15,0

была предложена в институте Смородинцевым на основании успешного опыта американских акушеров.

Применение пасты также ни в какой степени не повлияло на процент снижения послеродовой септической смертности, цифры которой в 1938—1940 гг. колебались в пределах от 0,14 до 0,20%.

Более того, на период применения пасты выпала большая из указанных цифр.

Таким образом, указанные два этапа носили временный характер в истории вопроса обработки родовых путей в институте.

Зато способ антисептической обработки наружных половых частей роженицы со времени его введения никем не оспаривался, точно соблюдался и, если подвергался видоизменениям, то только из стремления улучшить его и усовершенствовать.

Так, в 1936 г. в институте, как и во всех акушерско-гинекологических учреждениях города Ленинграда и в большинстве родильных учреждений Советского Союза, сулема, применяемая для орошения наружных половых частей, была изъята из употребления и заменена раствором хлорамина. Основанием для этого служили особенности сулемы как весьма активного протоплазматического яда и возможность случайных отравлений ею (per os, подкожно, в клизме).

Далее, для первичной обработки наружных покровов тела, в частности покрова наружных половых частей, в приемном покое института были введены индивидуальные пакеты с заранее заготовленным и надежно простерилизованным содержимым.

Правильность взглядов на необходимость тщательной антисептической обработки наружных половых частей роженицы и на ненужность спринцевания влагалища была подтверждена рядом клинико-экспериментальных работ, вышедших из стен института.

Так, Смородинцев установил закономерное уменьшение во влагалище числа патогенных микроорганизмов по мере удаления от влагалищного входа и пришел к заключению, что при правильном функционировании механизма самоочищения влагалища нет никакой надобности в спринцевании влагалища.

И. Г. Выгодская (1935 г.) установила, что субстрат половых органов обладает бактерицидным действием на гемолитического стрептококка, отмирающего уже в течение 6—8 часов при взаимодействии с ним.

Взгляд на антисептическую обработку влагалища, определившийся в акушерстве за последние два десятилетия, вполне соответствует современным представлениям о возникновении инфекции.

В свете современных данных решающим моментом в возникновении пуэрперальной инфекции и в ее течении является взаимодействие между микро- и макроорганизмом, и наши усилия снизить

послеродовую септическую заболеваемость и смертность должны заключаться не в поисках методов стерилизации влагалища (иначе борьбы с микробом, находящим во влагалище), а в сохранении в организме, в частности в тканях родовых путей, того гармонического равновесия, того биологического состояния, при котором микроб остался бы мирным и безопасным спутником.

Поскольку достичь стерильности влагалища при помощи мытья и дезинфекционных средств не удастся, а энергичная дезинфекция до действительной асептики, вследствие повреждаемости и ранимости тканей невозможна (Ротен), постольку мысль об антисептической обработке влагалища должна быть оставлена.

В настоящее время в институте принята следующая система обработки родовых путей роженицы: при приеме роженицы, после наружного осмотра, клизмы и обмывания всего тела под душем, производится сбривание волос на половых частях, при этом намыливание производится стерильными ватными шариками, обильно смоченными хлорамином (2%), после бритья — обработка влажными шариками с хлорамином и высушивание кожных покровов сухими стерильными ватными шариками; в родильном зале обработка наружных половых частей производится перед каждым вагинальным исследованием, перед врезыванием головки, перед катетеризацией, и, само собой разумеется, перед каждой операцией, как и после операции. Эта обработка состоит в обмывании наружных половых частей стерильной ватой под струей 2% раствора хлорамина, в высушивании стерильной ватой и в смазывании половых частей иодной настойкой.

Эффективность этого простого способа обработки определяется цифрой 0,03% послеродовой септической смертности, наблюдавшейся в акушерской клинике Центрального института акушерства и гинекологии в 1945 г. (на 5723 случая родов) и даже 0,014% на 7152 случая родов в 1946 г.

Подводя краткий итог истории вопроса об обработке родовых путей роженицы в акушерской клинике института, мы можем установить следующее.

1. Введение асептики и антисептики в акушерстве, и в частности введение антисептической обработки рук персонала и наружных половых частей роженицы, в резкой степени и в благоприятном смысле изменило цифры послеродовой септической смертности.

2. Методы антисептической обработки влагалища не привели к желательным результатам и должны быть полностью оставлены.

3. Отвергая антисептическую обработку влагалища при нормальных родах, мы не можем высказать столь категорического суждения в отношении патологических родов. Вышедшие из института работы Сморозинцева и М. С. Когана позволяют утверждать, что при затяжных родах с длительным безводным периодом происходит нарушение функции самоочищения влагалища и связанное с этим внедрение и акклиматизация гноеродных бактерий.

Это требует антисептической обработки влагалища, для чего

М. С. Коган предложил особый наконечник с обратным направлением тока жидкости.

Освещение вопроса об обработке родовых путей у рожениц оказалось бы, по нашему мнению, неполным, если бы мы в настоящей статье не коснулись вопроса о вагинальном исследовании в родах.

Не подлежит никакому сомнению, что метод вагинального исследования является единственным полноценным методом, необходимым для ведения родов, для преподавания и для глубокого изучения акушерства. Прочие методы (наружное и ректальное исследование) не могут с ним конкурировать. Все глубины знаний о течении родов и наше умение вести роды возникли из метода вагинального исследования. Активное (в противоположность пассивному наблюдению) и рациональное ведение родов возможно только при условии широкого применения вагинального исследования.

Между тем вопрос о допустимости вагинального исследования в родах и до сих пор является для некоторых акушеров дискуссионным.

Мы уже ссылались на материал Дорна, установившего значительное повышение процента послеродовой септической смертности при условии широкого применения вагинального исследования.

Кроме работы Дорна, в акушерской литературе можно встретить не мало работ, предупреждающих об опасностях вагинального исследования в родах (Крениг, Фюрст, Колер).

Указанным авторам противостоят имена крупнейших акушеров (Зигварт, Скробанский, Илькевич) и отчеты крупных родовспомогательных учреждений Союза (Константинов, Александров, Адамович; Губанова и Кучаидзе — ЦИАГ), опровергающие нездоровые и опасные мысли о значении вагинального исследования в повышении процента послеродовой септической заболеваемости и смертности.

В истории института есть материалы, блестяще опровергающие ложные позиции Дорна и Кренига. Это цифры, относящиеся к периоду деятельности Д. О. Отта и уже упомянутые нами — 0,14% септической смертности при условии широкого применения вагинального исследования в родах.

В последующий период существования института вагинальное исследование производится по показаниям и введено в клиническую практику ректальное исследование.

Сравнение цифр послеродовой септической смертности, относящейся к периоду широкого вагинального исследования, и цифр, относящихся к периоду ректального исследования, не устанавливает никакого преимущества ректального исследования.

Между тем, задача «сохранения в организме, в частности в тканях родовых путей, того гармонического равновесия, того биологического состояния, при котором микроб остается мирным и безопасным спутником», требует наилучшего и наиболее рационального ведения родов, чему в значительной мере способствует метод вагинального исследования.

Проф. А. Ф. ПАЛЬМОВ

**Учение об узком тазе и о терапии родов при нем
в ЦИАГ за 150 лет его деятельности**

Узкий таз являлся в прошлом этиологическим моментом почти половины всей акушерской патологии. Так, затяжные роды, преждевременное отхождение вод, вторичная слабость родовой деятельности, неправильное положение плода, разрывы матки и пр. — все это такие осложнения, в основе которых лежал в большинстве случаев узкий таз и которые при отсутствии специальной помощи ставили под угрозу не только здоровье, но и жизнь матери и ребенка. Казалось бы, поэтому, что вопросы терапии родов при узком тазе должны были бы возникнуть еще в глубокой древности и притом раньше всех других акушерских проблем. Однако этого не случилось. Причина этого заключается в том, что, по учению древних, всякий таз при родах под напором головки плода расходитя в своих сочленениях, и, следовательно, если таз до родов и был узким, то во время родов он перестает быть таковым. Вот почему не следует удивляться тому, что только около двух с половиной столетий отделяет нас от того времени, когда акушеры, загипнотизированные ошибочным учением древних, не только не располагали какими-либо специфическими методами терапии родов при узком тазе, но и не имели понятия о самом узком тазе. Правда, Везалий еще в 1513 г. доказал, что лонные кости так прочно соединены друг с другом, что они в своем сочленении не могут раздвигаться при родах. Однако это важное открытие прошло незамеченным. И только Девентеру (1701) удалось заложить научные основы учения об узком тазе. В дальнейшем ряд исследователей (Негеле, Килиан, Штейн и др.) подверг этот вопрос более детальному изучению, а Михаэлис,

Боделок и Литцман в середине прошлого века развили учение об узком тазе в акушерстве почти до современного уровня.

Центральный институт акушерства и гинекологии является одним из старейших акушерско-гинекологических учреждений СССР. В нем именно впервые в России узкий таз был отмечен как специфическое и серьезное осложнение при родах. К сожалению, о первых 40—50 годах его деятельности сохранились лишь скудные документы. Только за 5 разрозненных лет (с 1832 по 1844 г.) в числе осложнений родов отмечен и узкий таз, в количестве 4 случаев на 923 рода, что составляет 0,4%. Однако сведения о том, как закончились роды в этих 4 случаях, произвольно или при помощи операций и каких именно, отсутствуют. Каких-либо работ или сообщений по узкому тазу за это время из других родовспомогательных учреждений России нам найти не удалось.

В отчете Гугенбергера, обнимающем деятельность Повивального института за 15 лет (с 1845 по 1859 г.), содержатся первые, но довольно подробные данные об узком тазе. Отмечено 93 случая узкого таза, следовательно, частота его равнялась 1,2% всех разрешившихся. Гугенбергер подобно другим считал узкими таза с *c. externa* ниже 18 см, или с поперечными размерами, суженными больше, чем на 2 см, т. е. при *dist. cristarum* меньше 26 см. и при *dist. spinarum* меньше 23 см, хотя бы *c. externa* равнялась 18 см. и больше, и при *c. vera* — 10 см и ниже. К узким тазам относились и те, при которых механизм родов указывал на наличие сужения. Это определение понятия об узком тазе, введенное впервые в России в отчете Гугенбергера, было принято и авторами последующих работ, вышедших из института, — Виридарским, Чапиным, Пальмовым. У Гугенбергера мы находим уже и подразделение узких тазов, наблюдавшихся в институте, на общесуженные — 45, частично или плоско суженные — 24, косые (негелевские) — 4, рахитические — 18, таз с костным наростом — 1 и таз, загражденный окаменелым плодом, — 1. Всего 93 случая.

Из отчета Гугенбергера видна и терапия родов при узком тазе и ее результаты. Так, только в 12 из 93 случаев (12,8%) роды закончились произвольно. В остальных 81 случае (87,2%) применено оперативное вмешательство, а именно: в 52 случаях наложены щипцы, в 14 сделана перфорация с кефалотрипсией, в 6 вызваны искусственные преждевременные роды, в 3 произведен поворот и извлечение, в 2 — поворот, извлечение и кефалотрипсия, в 2 — извлечение, в 1 — кесарское сечение и в 1 случае — эмбриульция. Таким образом, самой частой операцией при узком тазе были щипцы (52 случая), какие, не сказано, но, вероятно, и высокие, затем идет перфорация (14 случаев), какого плода не указано, повидимому, и живого, далее — искусственные преждевременные роды — 6 случаев. В 5 случаях поворота отмечено, что показаниями для него служили неправильные положения плода, выпадение пуповины и разрыв матки. Кесарское сечение произведено при заграждении таза окаменелым плодом, т. е. при абсолютных показаниях, со смертельным исходом для матери.

Результаты терапии были неблагоприятны как для матери, так и для плода. Отдельно эти результаты для узкого таза не показаны. Но судя по тому, что например, на общее число случаев наложения щипцов (243) смертность матерей оказалась равной 14%, нужно думать, что при узком тазе она была не ниже. То же нужно сказать и о смертности детей, которая при применении щипцов (243 случая) равнялась 16%. Равным образом, если на все 18 случаев перфорации матерей погибло 55%, то при узком тазе этот процент едва ли мог быть меньше. На все 8 случаев искусственных преждевременных родов, из которых 6 было произведено при узком тазе, умерла 1 мать (12,5%) и два ребенка (25%).

В кратком очерке деятельности Повивального института за время с 1860 по 1882 г., составленном д-рами Виридарским и Каннегисером по официальным отчетам директоров института к сожалению, не имеется никаких отдельных сведений по узкому тазу. Нужно сказать, что и вообще в России того времени заслуживающих внимания работ по узкому тазу не было. Авторы отчетов о деятельности акушерских учреждений упоминали об узком тазе лишь вскользь или совсем не упоминали.

Зато в работе д-ра С. Т. Виридарского о деятельности Повивального института за 10½ лет (с 1883 по 1893 г. — время директорства проф. Баландина) узкому тазу, как серьезному осложнению при родах, посвящена отдельная большая глава. Пользуясь тем же определением узкого таза, что и Гугенбергер, автор насчитывает среди разрешившихся в институте 5764 рожениц 776 случаев узкого таза (13,4%). Если принять во внимание, что Гугенбергер за время с 1845 по 1859 г. вычисляет всего 1,2% случаев узкого таза, т. е. в 11 раз меньше, то нельзя не отнести эту разницу на счет большего внимания, с которым производится отбор узких тазов в указанное десятилетие. С. Т. Виридарский высчитал, что плоских тазов было (47,6%), общесуженных — 198 (25,5%), рахитических — 186 (23,9%), кососуженных 11 (1,4%), кифотических — 7 (0,9%), кифотическо-воронкообразно суженный таз — 1 (0,13), поперечно суженный — 1, сколизо-рахитический — 1 и суженный опухолью — 1. Произвольных родов 561 — 72,3% и 27,7% — закончены оперативными вмешательствами. Самой частой операцией при узком тазе оказалась перфорация с краниоклазией — 68 случаев (8,7%), дальше следуют щипцы — 50 случаев (не отмечено, сколько высоких) (6,4%), внутренний поворот и извлечение — 29 случаев (3,7%), извлечение за тазовый конец — 42 случая (5,4%), искусственные преждевременные роды — 17 случаев (2,1%), кесарское сечение — 6 случаев (0,8%), операция *Porro* — 1 случай и эмбриотомия — 1 случай. Умерло матерей — 18 (2,2%), детей — 17,8%; между тем как в отношении всех 5764 разрешившихся в институте женщин соответствующие цифры равняются 0,8% и 2,6%. Осложненный послеродовый период при узком тазе наблюдался в 29%, при всех родах — в 20,5%.

Отсюда ясно, заключает автор, насколько серьезным осложнением родов является узкий таз.

Как видно из обзора русской литературы того времени, развитие учения об узком тазе в акушерстве сделало заметные успехи. Вофф, Парышев, Красовский, Федоров, Новицкий, Штольц, Сильверсван, Грамматикати, Рымша, Баландин, Феноменов — вот далеко не полный список русских авторов того времени, внесших свою лепту в разработку учения об узком тазе.

Деятельность института за период с 1893 по 1897 г. (время директорства проф. Д. О. Отта) в отношении узкого таза описана в подробной диссертации д-ра Чапина. Здесь узкому тазу уделено еще больше внимания, чем в работе Виридарского. Автор отмечает, что из 5032 разрешившихся за это время в институте женщин — 396 имели узкий таз, что составляет 7,8% против 1,2% у Гугенбергера и 13,4% у Виридарского. Как видно из этих данных, колебания процента узкого таза наблюдаются не только в зависимости от места, времени и качества разбираемого материала, но даже и в тех случаях, когда сведения даются из одного и того же учреждения, но разными авторами. Помимо Повивального института, это наблюдалось и в других учреждениях. Так, для клиники Славянского Агафонов дает 1,9% узкого таза, Рузи — 8,21%, а Вофф — 9,38%. Для академической акушерской клиники Грамматикати вычисляет 5,06% узкого таза, а Парышев — 13,0%. Может быть, авторы пользовались разными определениями узкого таза? Однако к нашему учреждению такое предположение не приложимо, ибо все три автора пользовались одним и тем же определением узкого таза, предложенным Гугенбергером. Следовательно, причиной указанных колебаний может быть лишь неодинаковая тщательность в отборе материала или различия в самом материале в разное время.

396 случаев узкого таза распределяются следующим образом: плоский таз — 197 случаев (49,7%), общесуженный — 93 случая (23,5%), рахитический — 55 случаев (13,9%), общесуженный плоский — 29 случаев (7,3%), кососуженный — 13 случаев (3,3%), кифотический — 7 случаев (1%), поперечно суженный — 1 случай (0,25%), воронкообразный — 1 случай (0,25%).

Из 393 рожиц разрешились произвольно 245 (61,9%). У 151 (38,1%) применены оперативные пособия. Хотя процент оперативных родов (38,1%) намного меньше, чем у Гугенбергера (87,2%), но он значительно выше, чем у Виридарского (27,7%). Зависят ли эти колебания от качества материала или от неодинаковой активности терапии, сказать трудно. Самой частой операцией оказалась перфорация, как у Виридарского, а щипцы — 71 случай (18%). К сожалению, высокие щипцы именно при узком тазе не выделены, а из 182 случаев применения щипцов на весь материал высоких было 76 (15,1%). Процент высоких щипцов при узком тазе вычислить не удалось. У Виридарского — 4,9%. Перфораций было 23 (5,8%), из них 3 на живых плодах; у Виридарского — 8,7%, а щипцов (всяких) при узком тазе у него отмечено лишь 6,4%. В этом снижении числа перфораций за счет роста количества наложе-

ания щипцов можно видеть некоторое улучшение терапии в описываемый период. Следующий за щипцами, по числу, операцией является перофилактический поворот и извлечение — 29 случаев (7,3%), извлечение за тазовый конец — 14 случаев (3,5%), искусственные преждевременные роды — 9 случаев (2,3%), кесарское сечение — 4 случая (1%) и лоносечение — 1 случай. Автор указывает, что стремление сохранить жизнь плода побуждало врачей нередко применять высокие щипцы и при узком тазе и даже на подвижную головку, стоявшую над входом в таз. Поэтому число высоких щипцов оказалось выше, чем у Виридарского, а именно — 15,1% на весь материал (при узком тазе, очевидно, еще выше), против 6,4% случаев наложения щипцов (всяких) при узком тазе у Виридарского.

Хотя результаты наложения высоких щипцов для матери и плода приводятся лишь на весь материал — 4,9% материнской и 18,5% детской смертности, но учитывая, что 13 случаев пробных высоких щипцов окончились перфорацией вследствие пространственного несоответствия между тазом и головкой, нужно считать, что результаты наложения высоких щипцов при узком тазе были еще хуже, чем на всем материале. И тем не менее не подлежит сомнению, что применение высоких щипцов в описываемый период времени сыграло положительную роль, ибо оно снизило число самой одиозной акушерской операции — прободения головки плода — с 1,5% у Виридарского до 0,61% у Чапина на весь материал, причем было перфорировано всего 3 живых детей. То же стремление врачей к снижению детской смертности побудило их пользоваться при узком тазе профилактическим поворотом с последующим, если было нужно, извлечением плода. Теоретическим обоснованием для этой операции послужила, как известно, теория Simpson'a, по которой последующая головка подобная клину, с обращенной вниз верхушкой будто бы легче проходит через теснины таза, чем предыдущая. Хотя д-р Чапин считает исходы этой операции на 105 случаев всего материала более благоприятными, чем у Виридарского, однако их нужно признать неудовлетворительными как для матерей (2,8% смертности), так особенно для детей (60% смертности!). С той же целью снижения детской смертности при родах с узким тазом применялись и искусственные преждевременные роды. Их было у Чапина 9 (2,3%), а на всех разрешившихся — 11 (около 0,2%). Гугенбергер дает 0,1%, Виридарский — 0,34% на весь материал. Для матерей эта операция дала, по Чапину, прекрасные результаты, — все матери выписались здоровыми без единого повышения температуры. Но потеря детей оказалась колоссальной — 55,5%.

Из 4 случаев кесарского сечения при узком тазе 1 закончился смертью матери и ребенка (25% детской и материнской смертности). Против выведения процента из столь малого числа случаев справедливо можно возражать. Однако это единственный способ представить объективно и наглядно результаты терапии. Вот почему мы пользуемся им и в предыдущем и в последующем изложении. У Виридарского на 10 случаев кесарского сечения, из которых 6 было

произведено при узком тазе, потеря детей равнялась 30%, а матерей — 40%. Гугенбергер отмечает лишь 1 случай кесарского сечения на живой роженице, причем ребенок остался живым, а мать умерла. Кенгер, по сборной статистике (Германия), давал тогда 27,5% детской и 22,8% материнской смертности.

Случай лоносечения, отмечаемый Чапиным, был первый в России. Эта операция была произведена проф. Д. О. Оттом. Мать через 3 месяца выписалась здоровой, ребенок, к сожалению, на 3-й день умер.

В последние годы XIX века литература по узкому тазу, и иностранная и русская, так разрослась, что перечислить даже главные работы на эту тему было бы затруднительно. Интересующихся отсылаем к литературному указателю «Курса акушерства» Груздева, «Сто лет деятельности Клинического повивального института» (СПб, 1898 г.) и пр.

Из представленного краткого обзора деятельности института за 100 лет видно, что учение об узком тазе в акушерстве было полностью освоено институтом. Видно также, что врачи и профессора института, среди которых нужно отметить Гугенбергера, Баландина и, особенно, корифея русской гинекологии проф. Д. О. Отта, внесли и свой вклад в разработку учения об узком тазе. Терапия же родов при узком тазе была представлена полным арсеналом хирургических мероприятий до лоносечения включительно.

Продолжая наш обзор, мы видим, что после 4-летнего периода (1894—1897 гг.), материал которого был обработан в диссертации Чапина, следует 7-летний промежуток, который в интересующем нас отношении не нашел своего научного бытописателя. За период 1904—1909 гг. из института вышла крупная работа по узкому тазу. В большом сборнике — 4 года (1904—1907 гг.) клинической жизни Повивально-гинекологического института (СПб, 1911) имеется работа «Узкий таз», в основу которой положен материал института за время с 1904 по 1907 г. в количестве 718 родов при узком тазе (9,4% всех поступивших). Из этих 718 рожениц произвольно разрешились 69,7%, а 30,3% разрешены оперативным путем. Основными операциями были: во время беременности — искусственные преждевременные роды — в 4,4% всех случаев узкого таза; во время родов — высокие щипцы — в 5,5%. Кесарское сечение применено в 14 случаях (1,9%). Профилактический поворот, как не оправдавший себя, стал сходить со сцены, — применен всего в 7 случаях (0,9%). Автор характеризует ведение родов при узком тазе в институте как консервативно-выжидательное. Результаты: общая летальность детей 12,2%, матерей — 1,5%, против соответствующих цифр — 4,93% и 0,51% на весь материал за разбираемый период (9534 случая); эти данные занимают среднее место среди цифр, приводимых другими русскими и иностранными авторами.

Материал института по узкому тазу за время с 1907 по 1921 г. был обработан автором этих строк в большой (225 стр.) монографии «Терапия родов при узком тазе» (Пермь, 1929 г.). Материал —

1541 случай узкого таза (7,8% всех разрешившихся). Для удобства сравнения классификация узких тазов у нас та же, что и у Гугенбергера, Виридарского, Чапина и в сборнике «4 года клинической жизни». Произвольно разрешено 75,3%, оперативных родов было 24,7%. Результаты: летальность детей — 12,4%, редуцированная — 10,3%; летальность матерей — 0,64%, редуцированная — 0,32%. В сборнике «4 года клинической жизни» летальность детей почти та же — 12,2%, но летальность матерей значительно выше — 1,5%. Еще выше эти цифры у Виридарского (1883—1893 гг.) — 17,8% и 2,2%. Наиболее частыми операциями оказались: высокие щипцы — 7,8% (во время родов) и искусственные преждевременные роды — 4,5% (во время беременности); кесарских сечений было всего 1,8%, т. е. даже несколько ниже, чем в сборнике «4 года клинической жизни». На основании подробного разбора материала, в частности анализа смертных исходов у матерей и детей в отдельной нашей работе («Должны ли мы остаться при прежних методах терапии родов при узком тазе?») ¹, а также на основании сравнительной оценки данных русской и иностранной литературы мы пришли к заключению, что в подавляющем большинстве случаев причиной смерти детей и матерей являлись: метод искусственных преждевременных родов и чрезмерное выжидание при родах в результате затяжными, нередко инфицированными случаями и с последующим применением высоких щипцов. Таким образом указанные принципы ведения родов при узком тазе — профилактический во время беременности и максимально выжидательный во время родов ни в нашем учреждении, ни в других русских и зарубежных клиниках себя не оправдали, причем их основные операции — искусственные преждевременные роды и высокие щипцы дали 40—50% смертности детей. Поэтому на поставленный нами в заголовке отдельной нашей работы «Должны ли мы остаться при прежних методах ведения родов при узком тазе?» вопрос мы ответили: «Нет, не должны». Наоборот, мы должны отказаться от излишне профилактического образа действий во время беременности и от связанной с ним операции искусственных преждевременных родов. Мы должны отказаться от максимального выжидания во время родов, заменив его умеренным. И, наконец, мы должны отказаться от высоких щипцов, заменив их кесарским сечением во всех показанных и возможных случаях.

С 1923 по 1925 г. в институте стала проводиться эта линия поведения. В какой степени новые принципы ведения родов при узком тазе реализуются в нашем учреждении в последнее время, видно из того, что если в начале его деятельности в течение 15 лет (с 1845 по 1859 г., Гугенбергер) был всего 1 случай кесарского сечения на живой роженице (мать умерла), то в 1946 г., т. е. к его 150-летнему юбилею, кесарское сечение стало в институте обыденной операцией.

Какие же результаты дал этот «хирургический» уклон в терапии родов при узком тазе в нашем институте? Для ответа на этот вопрос

¹ Журнал „Гин. и ак.“, Москва, 1924 г.

мы сочли целесообразным рассмотреть данные за последние 10 лет, начиная с 1936 г., т. е. за тот период, когда этот уклон был реализован в наибольшей степени. (Фактически этот период равняется не 10, а 7 годам, так как в течение 3 лет войны — с 1941 по 1944 г. — институт не работал).

За этот период в акушерскую клинику института поступило 1964 роженицы с узким тазом, что составляет 7,92% всех поступивших. Классификация тазов та же, что у предыдущих авторов (Гугенбергера, Виридарского, Чапина), т. е. значительно строже, чем у других русских и иностранных авторов, большинство которых относят к узким и тазы с *s. externa* равной 18 см (у нас ниже 18 см). Уже одного этого достаточно, чтобы получить весьма высокий процент узкого таза и, следовательно, лучшие результаты, например, у Виссманна из Гиссенской клиники он равен 20%, а у Глинского из Хемнитца — даже 46,1%.

Из 1964 поступивших выписались не разрешившись 119; с плодом весом ниже 2500,0—172 (из них 5 с поздними выкидышами) и 1 с внематочной беременностью.

Таким образом наши наблюдения охватывают 1672 случая родов при узком тазе.

Произвольных родов было 1515 (90,6%), оперативных — 157 (9,4%). Последних значительно меньше, чем у Пальмова (24,7%) в сборнике «4 года клинической жизни» (30,3%), у Чапина (38,1%), у Виридарского (27,7%) и у Гугенбергера (87,2%).

Приводим перечень произведенных за разбираемый период операций параллельно с таковыми за 1907—1921 гг., располагая их по принятой нами тогда схеме.

Из приведенной таблицы видно, что: 1) за последний период институтом достигнут наименьший за всю его 150-летнюю деятельность процент оперативных родов при узком тазе — 9,4%, в 9 раз меньший, чем у Гугенбергера (87,2%) и в 2½ раза меньше, чем у нас за предыдущий период (с 1907 по 1921 г.) (24,7%), что не могло не отразиться самым благоприятным образом на материнской и детской смертности; 2) многие из наиболее губельных для плода операций, как-то: профилактический поворот, перфорация головки плода, искусственные преждевременные роды, нами совсем оставлены, а другие — в большинстве клиник русских и заграничных, тазорасширяющие вмешательства при тазовых предлежаниях и высокие щипцы применялись во много раз реже, чем раньше, а именно: первые в 3 раза (0,7% против 2,1%), а вторые в 46 раз реже, чем за предыдущий период (0,17% против 7,8%); совсем также оставлены у нас, как и в большинстве клиник русских и заграничных, тазорасширяющие операции, дающие неудовлетворительные результаты как для матери, так и для детей; 3) если в эпоху Гугенбергера и Виридарского основной операцией в терапии родов при узком тазе была перфорация (14,8% и 8,7%), а потом последовательно или совместно — профилактический поворот, искусственные роды и высокие щипцы, т. е. операции, губельные для плода, то в последнее время

		1936—1946 гг.—1672 сл.	1907— 1921 гг.— 1541 сл.
Операции, не обусловленные узким тазом, как таковым		Вмешательства при тазовых предлежаниях . . . 14 сл. (0,8%)	33 (2,1%)
		Из них: ручных пособий по Бра х т у . . . 5 сл. —	—
		„ „ „ „ по Фейт-Смелли . . . 2 сл. —	—
		„ „ „ „ способ не отмечен . . . 2 сл. —	—
		„ „ „ „ законченных перфорацией головки мертв. плода . . . 1 сл. —	—
		„ „ низведение ножки 1 сл. —	—
		„ „ „ „ и ручное пособие . . . 1 сл. —	—
		„ „ извлечение за тазовый конец 2 сл. —	—
		„ „ поворот на ножку показанный и извле- чение 1 сл. —	20 (1,3%)
		„ „ поворот по Бра к ст он-Гикс у . . . 1 сл. —	
		Щипцы невысокие 51 сл. (3,0%)	69 (4,4%)
		Из них полостные 32 сл. —	—
		„ „ выходные 19 сл. —	—
		Перфорация головки мертвого плода ¹ . . . 0 сл. —	18 (1,1%)
	Метрейриз 0 сл. —	2 (0,13%)	
Операции, обусловленные узким тазом	Профилак- тические	Искусственный законный выкидыш 0 сл. —	5 (0,3%)
		Иск. преждевременные роды 0 сл. —	70 (4,5%)
		Профилактический поворот 0 сл. —	6 (0,4%)
	Связанные с уме- ренным выжи- данием	Кесарское сечение 87 сл. (5,2%)	28 (1,8%)
		Гебостеотомия 0 сл. —	3 (0,2%)
		Влагалищное кес. сечение 1 сл. (0,06%)	0 —
Связанные с максималь- ным выжи- данием	Щипцы высокие 3 сл. (0,17%)	121 (7,8%)	
	Перфорация головки живого плода 0 сл. —	7 (0,4%)	
		Итого . . . 158 сл. (9,4%)	382 (24,7%)

¹ 1 случай отнесен к операции ручного пособия.

основной операцией стало кесарское сечение (в связи с чем максимальное выжидание при родах с узким тазом заменено умеренным).

Каковы результаты нашей терапии?

На 1514 произвольных родов с узким тазом потеряно 14 (0,9%) детей, в том числе 10 мертворожденных, из которых 2 погибли из-за обвития пуповины и 2 — при затяжных родах (36 часов и 100 часов 20 мин.). На 157 оперативных родов потеряно 7 детей, т. е. 4,4% детской смертности.

Произведенное вмешательство	Общее число случаев	Число погибших плодов
Поворот по Бракстон-Хиксу	1	1 (100%)
Наложение невысоких щипцов	51	2 (3,9%)
Наложение высоких щипцов	3	1 (33,3%)
Кесарское сечение	87	2 (2,3%)
Вмешательство при тазовых предлежаниях (из них 1 закончен перфорацией головки мертвого плода)	14	1 (7,1%)

Как видно отсюда, единственный случай поворота по Вракстон-Хиксу (при предлежании плаценты) для плода был неудачен. Так как эта операция и в других учреждениях дает для плода неудовлетворительные результаты, то она акушерской клиникой оставлена и всюду, где это нужно и возможно, заменяется кесарским сечением. Полостные и выходные типические щипцы не только применены почти в 1½ раза реже, чем за 1907—1921 гг., но и результаты для детей дали в 3 раза лучшие — 3,9% против 11,5%. Наоборот, высокие щипцы и на малом числе случаев оправдали свою дурную репутацию в отношении детей, почему в клинике они теперь почти оставлены. Вмешательства при тазовых предлежаниях применялись только как *operationes necessitatis* в виде ручного пособия и извлечения. Вот почему низведение ножки, как операция профилактическая, использовано всего 1 раз. Частота этих вмешательств оказалась поэтому в 2½ раза ниже, чем за предыдущий период — 0,8% против 2,1%, а результаты для детей в 3 раза лучше — 7,1% против 21,2%. Кесарское сечение, использованное в клинике в последнее время почти в 3 раза чаще, чем за период с 1907 по 1921 г., дало для детей хорошие результаты — 2,3% смертности.

Общее число потерянных детей на все 1672 случая узкого таза равно 21 (1,24%), т. е. оно в 10 раз меньше, чем за предыдущий период (12,4%).

Матерей при произвольных родах умерло 4, из них 2 от эклампсии (у одной, кроме того, был сепсис, у другой — перитонит) и 2 от сепсиса (у одной из них была *placenta praevia*). Исключая, подобно другим авторам, 2 смерти от эклампсии, получаем 2 смерти матерей на 1514 произвольных родов (0,13%) — несколько больше, чем за предыдущий период.

При 157 оперативных родах погибло 3 матери: 2 после кесарского сечения (одна от эклампсии, другая от наркоза) и 1 после выходящих щипцов от эклампсии. Исключая 2 смерти от эклампсии, получаем 1 смерть от наркоза, которая хотя и косвенно, но все же стоит в связи с узким тазом, поскольку последний потребовал операции под общим наркозом, т. е. 0,6% материнской смертности против 2,3%, редуцированной 1,3% за предыдущий период.

Материнская смертность на все 1672 случая составляет 0,17% (3 случая) против 0,32% за предыдущий период, т. е. почти вдвое меньше.

Из всего сказанного следует, что Центральный институт акушерства и гинекологии прошел длинный путь теоретического и практического развития учения об узком тазе в акушерстве и о терапии родов при нем, причем не только пассивно шел по стопам других, но внёс и свой собственный творческий вклад в решение этой важнейшей акушерской проблемы. На его пути можно отметить несколько этапов. Так, сначала институт принял и испытал профилактический метод с искусственными преждевременными родами во время беременности и профилактическим поворотом во время родов. Но оставил его, как метод, дающий неудовлетворительные результаты для детей. Затем институт надолго остановился на следующем этапе, — на максимально-выжидательном методе с высокими щипцами. Но по той же причине откатался и от этого метода.

В последнее время, особенно при заведывании акушерской клиникой проф. Р. Г. Лурье, институт перешел на новый этап. Он принял новые методы терапии родов при узком тазе, предложенные автором этих строк на основании изучения материала института, а также русской и иностранной литературы. Эти методы: 1) отказ от профилактического образа действий с искусственными преждевременными родами во время беременности; 2) отказ от профилактического образа действия с профилактическим поворотом во время родов; 3) отказ от максимально-выжидательного метода с его основной операцией — высокими щипцами во время родов; 4) замена профилактических операций и высоких щипцов кесарским сечением и 5) замена максимально-выжидательного метода умеренно-выжидательным во время родов.

Наши результаты: материнская смертность уменьшилась почти вдвое сравнительно с периодом 1907—1921 гг., а детская — в 10 раз. С этими результатами, особенно ценными в переживаемый нами исторический момент, когда пополнение убыли на фронте и в тылу за время Отечественной войны является одной из важнейших государственных задач нашего социалистического Отечества, Центральный

институт акушерства и гинекологии и приходит к своему 150-летнему юбилею.

Только ли, однако, применением новых методов объясняются наши достижения в терапии родов при узком тазе? Нет. Эти наши успехи в значительной мере зависят и от той мощной системы профилактических мероприятий по охране материнства и детства, которые завоеваны Великой Октябрьской революцией и которые охраняют у нас в СССР женщину, начиная от рождения.

Каковы наши установки на будущее?

Развивать и всячески совершенствовать новые методы, учитывая, однако, что уклон в сторону кесарского сечения требует высококвалифицированной оценки всей акушерской ситуации случая с правильным диагнозом и верным прогнозом и что только при таком условии эта операция, еще далеко не безопасная для матери, будет применяться там, где она необходима, и не будет напрасно использована в тех случаях, где без нее можно обойтись.

Ст. научн. сотр. Л. А. ШУССЕР

Эволюция терапии тазовых предлежаний

Материнская заболеваемость и детская смертность при родах в тазовом предлежании до настоящего времени остаются высокими. Последнее зависит от тех осложняющих моментов, которыми обычно сопровождается родовой акт при тазовом предлежании. Эти осложнения на фоне несовершенства оперативных пособий делают проблему ведения родов при тазовых предлежаниях особенно актуальной.

С научно-клинической точки зрения представляют известный интерес достижения нашего института в этом вопросе за 150 лет его существования. Нужно отметить, что этот отрезок времени можно разделить на несколько этапов, отличающихся друг от друга по характеру работы и ценности разработанного материала. Кроме того, надо различать в истории развития института два резко отличающихся между собой периода: первый — до введения антисептики и второй — когда антисептика в акушерстве уже пользовалась всеми правами гражданства.

Первый доантисептический период охватывает 62 года существования института — 1797 — 1859 гг. Сведения, собранные за первые 47 лет, очень скудны, имеющийся отчет очень краток. В отношении интересующего нас вопроса, т. е. тазовых предлежаний, мы находим данные лишь за 7 лет (с 1838 по 1884 г.). Они очень лаконичны и из них можно почерпнуть, что тазовых предлежаний было 25 (2,9% по отношению ко всем родам). Сведений о мертворождаемости и материнской заболеваемости за этот период мы не имеем.

В последующие 15 лет акушерство сделало шаг вперед. Родовой акт изучается не только с механической, но и с динамической точки зрения. Обращают внимание на расстройство изгоняющих сил. В оперативных приемах начали искать упрощения и большей безопасности. Предложение Симсона применять хлороформный нар-

коз в акушерстве, начало признания работ Земмельвейса, являются моментами, значительно обусловившими дальнейшее развитие акушерства.

За указанный период отмечается еще довольно высокий процент оперативных пособий при тазовых предлежаниях. Общая детская смертность достигает 29%, материнская смертность при тазовых предлежаниях составляет 4%.

Антисептический способ ведения родов ввел в институте Баландин, и с этого времени акушерская клиника в своей деятельности отражает все новейшие научные достижения той эпохи. С этого же времени начинается периодическое опубликование отчетов института, сыгравших большую роль в развитии русского акушерства. Эти отчеты не носили характера сухого статистического перечня а представляли собой серьезный и тщательно разработанный научный материал, дававший возможность делать широкие выводы и обобщения к тому или иному методу ведения родов, к тому или иному методу оперативного вмешательства.

Период директорства Баландина охватывает промежуток времени с 1874 по 1893 г. Тазовые предлежания в этом периоде встречаются в 4,7%. Если учитывать лишь одноплодные роды, то родов в тазовом предлежании было 207, причем первородящих 32,8%, а повторнородящих 67,2%. Ягодичные предлежания отмечены в 71,6%, ножные — 27,5%, коленные — 0,9%.

Роды в тазовом предлежании сопровождалась большим количеством оперативных вмешательств. Общая потеря детей во время родов составляла 22,7%. Сравнительно с данными других отчетов процент мертворождаемости не особенно высок. Так, по данным Парышева, мертворождаемость при тазовых предлежаниях равна 35%, по Винкелю — 20% и т. д. Однако, если учитывать и потерю детей в первую неделю после родов, то детская смертность при родах в тазовом предлежании достигает 34,1%.

Объяснение этому следует искать в большой активности ведения родов при тазовом предлежании. Так, на 207 родов в тазовом предлежании было произведено 117 экстракций плодов. Последнее обстоятельство нашло себе отражение не только в повышении мертворождаемости, но и в течении послеродового периода, который протекал несколько хуже обычного.

В 1893 г., после смерти Баландина, директором института становится Д. О. Отт, который пошел по пути дальнейшего развития деятельности института.

Д. О. Отт — прекрасный организатор, талантливый ученый, являлся не только проводником новейших достижений науки, но и был самостоятельным двигателем ее. Работая сам преимущественно в области гинекологии, он воспитал блестящую плеяду акушеров, таких как проф. Строганов, Лурье, Преображенский, Кипарский, Бубличенко, самостоятельно разработавших ряд вопросов в акушерстве, обусловивших его прогрессивное движение.

В отношении ведения родов при тазовом предлежании Д. О. Отт рекомендует выжидательный метод. Вмешательство рекомендуется лишь при замедлении рождения верхней половины туловища. Отдавая дань времени, Д. О. Отт при обстоятельствах, заставляющих предвидеть экстракцию плода, считал целесообразным производить профилактическое низведение ножки. При вколоченных ягодичах ввиду отрицательного отношения к использованию в таких случаях тупых крючков им рекомендуется наложение щипцов или петли.

В период 1893—1897 гг. тазовые предлежания по отношению к другим предлежаниям составляют 4,8%. Этот процент тазовых предлежаний примерно совпадает с данными Виридарского, Гугенбергера и др. Первородящие встречаются в 33,8% случаев, а повторно-родящие — в 66,2%. Среди разновидностей предлежаний тазовым концом ягодичные составляют 67,6%, ножные — 31,9% и коленные — 0,4%. Частота оперативных пособий при тазовых предлежаниях оставалась довольно высокой, составляя 59,3%. Однако если учесть, что в 30 случаях оперативные пособия были обусловлены осложняющими моментами в виде эклампсии, предлежания последа, отслойки последа и т. д., то можно констатировать известную тенденцию к снижению оперативных пособий (46,9%). Общая потеря детей равна 34%. Если исключить мацерированные плоды, то мертворождаемость снижается до 22,6%, причем смертность доношенных детей составляет 16,1%.

Наблюдения этого периода показали, что тазовые предлежания не оказывают особо неблагоприятного влияния на течение послеродового периода. Хотя не во всех случаях можно даже приблизительно определить предрасполагающие моменты, ведущие к образованию тазовых предлежаний, тем не менее проф. Строганов один из первых дает указания в этом отношении. Так, по его мнению, известное предрасполагающее влияние на рассматриваемые нами предлежания имеет недонашиваемость. Уменьшение веса плода также является моментом, по его мнению, благоприятствующим образованию тазовых предлежаний.

Нужно отметить, что ряд неправильностей и осложнений, которыми нередко сопровождается течение родов при тазовых предлежаниях, неизбежно влечет за собой повышение числа оперативных вмешательств. Так, если на предыдущем этапе процент оперативных вмешательств достигал 59,3%, то на данном этапе имеется снижение до 54,7%. Активные вмешательства при тазовых предлежаниях носили своевременный характер, что выразилось в уменьшении мертворождаемости.

Olshausen, Veit и другие в целях снижения смертности детей требовали немедленного удаления плода путем энергичного давления на матку или же путем извлечения, причем Ройшильд вмешивался немедленно после прорезывания крестца. Д. О. Отт, как мы уже упоминали, придерживался выжидательного метода ведения родов при тазовых предлежаниях.

По данным проф. Кипарского (1904—1907 гг.), на 337 тазо-

Таблица 1

Годы	Количество родов	Тазовые предлежания	
		число	%
1908	3702	117	3,0
1909	3551	55	1,5
1910	2773	85	3,06
1911	2326	56	2,3
1912	2440	83	3,3
1913	2401	44	1,8
1914	2525	74	2,9
1915	1307	41	3,1
1916	405	10	2,4
1917	1129	—	—
1918	904	—	—
1919	575	22	3,8
1920	288	6	2,08
1921	1341	29	2,1
1922	1556	39	2,5
1923	1215	35	2,6
1924	1322	40	3,02
1925	1982	62	3,1
1926	3010	107	3,5
1927	1878	72	3,8
1928	1829	69	3,7
1929	1760	69	3,9
1930	2185	94	4,2
1931	3633	128	3,5
1932	3412	144	4,2
1933	3039	81	2,5
1934	3179	126	3,9
1935	2536	115	4,9
1936	3754	186	4,9
1937	6907	258	3,7
1938	6758	247	3,6
1939	5431	200	3,7
1940—1941	3134	66	2,07
1944—1945	6120	156	2,5

вых предлежаний акушерская помощь понадобилась в 51% случаев, причем экстракция плода произведена была в 34,1% случаев. В 3 случаях экстракция производилась инструментально: один раз — с помощью тупого крючка (на мертвом), второй раз — с помощью петли и третий раз — с помощью головных щипцов, наложенных на ягодичы. Показаниями к оперативным вмешательствам служили — слабость родовых болей и угрожающая асфиксия плода. Общая потеря детей была равна 15,3%.

Высокая мертворождаемость при тазовых предлежаниях заставляла рассматривать последние, как стоящие на грани патологии, и это в свою очередь заставляло интересоваться частотой данной патологии. В табл. 1 мы приводим частоту тазовых предлежаний по годам (1908—1945 гг.).

Из этой таблицы мы видим, что за истекшее время процент тазовых предлежаний был более или менее стабильным, достигая макси-

Таблица 2

Годы	Число тазовых предлежаний	Мертворождений		
		доношенных	недоношенных	Всего
1920	6	0	1	1
1921	29	3	9	12
1922	39	4	8	12
1923	35	10	0	10
1924	40	5	6	11
1925	62	2	4	6
1926	107	17 (15,8%)	6 (5,5%)	23 (21,3%)
1927	72	3	7	10
1928	69	7	4	11
1929	69	8	5	13
1930	94	10	2	12
1931	128	19 (14,8%)	7 (5,4%)	26 (20,2%)
1932	144	22 (15,3%)	9 (6,2%)	31 (21,9%)
1933	81	6	3	9
1934	126	22 (17,4%)	5 (3,9%)	27 (21,3%)
1935	115	16 (13,9%)	8 (6,9%)	24 (20,8%)
1936	186	16 (8,6%)	8 (4,3%)	24 (12,9%)
1937	258	28 (10,7%)	7 (2,7%)	35 (13,4%)
1938	247	32 (12,9%)	4 (1,6%)	36 (14,5%)
1939	200	30 (15%)	7 (3,5%)	37 (18,5%)

мум до 4,9% и минимум—1,3%. Мы не приводим здесь для сравнения соответствующих цифр других авторов, так как процент тазовых предлежаний повторяется с более или менее неизменным постоянством. Гораздо более важным с точки зрения характеристики работы института за истекшее время является показатель мертворождаемости, который свидетельствует о правильной тактике в разбираемом вопросе и о правильности и своевременности применявшихся вмешательств. Поэтому его разбор представляется особо интересным. Табл. 2 характеризует мертворождаемость за истекшие 20 лет.

На основании табл. 2 можно констатировать, что потеря детей при родах в тазовом предлежании оставалась высокой и что эта потеря шла сравнительно часто за счет недоношенных детей. Последнее объясняется не только тем, что незрелый плод является функционально неполноценным, а, главное, тем, что недоношенный плод гораздо чаще является объектом травмы.

Большое значение в получении результатов при извлечении плода имеет выбор благоприятного момента для оперативного вмешательства, а также техника вмешательства. Изучая изложенный выше материал, приходится отметить, что несмотря на имеющиеся достижения в вопросе родоразрешения при тазовых предлежаниях, известную часть потери детей нужно отнести за счет несвоевременных и несовершенных оперативных пособий. Приемы, применяющиеся при извлечении плодов (пражский способ Veit-Smelli, Martin-Wigand-Winkel, способ Преображенского), не ограждают плод от опасности. Каждый из этих приемов имел свое применение в зависимости от состояния головки. С точки зрения практического акушерства важен не тот или иной применявшийся способ, а когда и как применять его. По мнению проф. Р. Г. Лурье, основным в каждом способе является не быстрота применения, а возможное неторопливое и бережное извлечение плода, причем трудности, связанные иногда с мягкими тканями родового канала, могут быть уменьшены путем применения вспомогательных разрезов и общим ингаляционным наркозом.

Несовершенство способа родоразрешения при тазовых предлежаниях и связанная с этим высокая детская смертность заставили в последующие годы более глубоко изучить механизм родов при тазовых предлежаниях, применить наиболее усовершенствованный и бережный метод родоразрешения, применить с целью снижения мертворождаемости некоторые профилактические мероприятия. И, наконец, там, где старый консервативный метод выжидания не всегда целесообразен, несколько расширить сферу оперативного вмешательства.

Из профилактических мероприятий, которые способствовали снижению мертворождаемости при тазовых предлежаниях, проф. Лурье и ее школа считают возможным применение во время беременности поворота на головку наружными приемами. Основной смысл поворота заключается в том, что, исправляя наружными приемами тазовые предлежания на головные, мы этим создаем более благоприятные условия как для плода, так и для матери. Как известно, метод наруж-

ного поворота на головку встретил ряд возражений не всегда правильных, а потому иногда и легко опровержимых. Характерным является то обстоятельство, что противники профилактического поворота на головку наружными приемами, возражая против этой операции, не выдвигают чего-либо нового, что способствовало бы снижению осложнений как для плода, так и для матери. На основе опыта проф. Лурье можно отметить, что целесообразность производства профилактического поворота на головку наружными приемами не вызывает никакого сомнения, тем более, что бережно проведенная эта операция не приносит никакого вреда женщине, но зато в случае успеха предохраняет роженицу и плод от многих осложнений, связанных с родами в тазовом предлежании. Опыт акушерской клиники показывает, что наружный поворот на головку возможен применять как у первородящих, так и у повторнородящих между 34—38 неделями беременности при наличии подвижной предлежащей части. В отдельных случаях эту операцию можно производить не только к исходу беременности, но с началом родовой деятельности. Всего за последние несколько лет в акушерской клинике 101 раз был произведен поворот на головку наружными приемами, причем эта операция была произведена у 57 первородящих и у 44 повторнородящих.

По данным Машковцевой (консультация института), поворот на головку наружными приемами был успешен в 93% случаев. Мертворождаемость после произведенного поворота отмечалась в 2,5%, в то время как на 117 контрольных родов, которые закончились в тазовом предлежании, детская смертность была равна 11,9%. Дальнейшее наблюдение над результатами после произведенных поворотов наружными приемами на головку показывает, что детская смертность в среднем равна примерно 4%.

Опыт акушерской клиники показывает, что осложнения, которые связывают некоторые авторы с производством наружного поворота на головку, клиническими наблюдениями не подтверждаются, при условии, что операция эта производится технически правильно, по строго обоснованным показаниям и при соблюдении соответствующих условий. Таким образом профилактический поворот на головку наружными приемами имеет большое значение для практического акушерства как один из серьезнейших факторов борьбы за снижение мертворождаемости при тазовом предлежании.

Как мы уже упоминали, высокая детская смертность при тазовых предлежаниях зависит не только от осложнений, связанных с родами в этом предлежании, но и от несовершенства оперативных пособий. Проф. Р. Г. Лурье внедрила в работу акушерской клиники способ ручного пособия по Цовьянову, резко снизивший детскую смертность при тазовых предлежаниях. Как известно, Цовьянов при применении этого способа первоначально имел детскую смертность равную 3,7%, а в последующие годы при ведении родов в тазовом предлежании по его способу детская смертность отсутствовала. В акушерской клинике за последние годы было проведено 195 родов по методу Цовьянова. Из

них первородящих было 98, повторнородящих — 97. Всего родилось живыми 195 детей. Вес их приведен в табл. 3.

Таблица 3

Первородящие		Повторнородящие	
вес в г	число детей	вес в г	число детей
1500—2000	4	1500—2000	4
2001—2500	10	2001—2500	8
2501—3000	34	2501—3000	39
3001—3500	34	3001—3500	36
3501—4000	15	3501—4000	9
4001—4500	1	4001—4500	1
Всего 98		Всего 97	

В 5% случаев применение этого метода заканчивалось неудачно, и пришлось перейти на другие способы ручного пособия. Анализ этих случаев показывает, что основной причиной этого было слишком раннее вмешательство с целью ускорения родоразрешения. На основе опыта акушерской клиники метод Ц о в ь я н о в а можно считать приемлемым при родоразрешении в тазовом предлежании. Этот способ имеет ряд преимуществ перед другими способами: он не только технически прост, но и является более щадящим методом для матери и для плода.

Необходимо хотя бы вкратце остановиться на вопросе о профилактическом низведении ножки. Сравнительно недавно метод профилактического низведения ножки пользовался довольно широким признанием акушеров. Подкупало такое положение, при котором в низведенной ножке акушеру обеспечивалась рукоятка для извлечения плода. Однако высокая детская смертность (20%) заставила нас отказаться от этой операции, заменяя ее в необходимых случаях другими методами оперативного вмешательства.

Среди других факторов, могущих иметь значение в снижении мертворождаемости при тазовых предлежаниях, акушерская клиника изучает течение беременности и родов крупным плодом. Нужно отметить, что с увеличением веса плода увеличивается продолжительность родов, увеличивается число оперативных вмешательств, повышается детская смертность и материнская заболеваемость. Опасность для плода увеличивается при наличии при этом переносенной беременности. Придерживаясь в таких случаях преимущественно консервативной линии поведения, клиника считает необходимым в некоторых подобных случаях активное вмешательство — кесарское сечение. Осо-

бенно сильна угроза родовой травмы для детей старых и пожилых первородящих вследствие ригидности и плохой растяжимости мягких тканей родового канала. Ригидность тканей и плохая родовая деятельность при наличии тазовых предлежаний удлиняет продолжительность родового акта и число оперативных вмешательств, что резко повышает детскую смертность и материнскую заболеваемость. Чрезвычайно важным фактором для снижения в таких случаях детской смертности является метод родоразрешения. В этих случаях акушерская клиника считает возможным расширить показания к применению кесарского сечения.

Подводя итоги пройденного пути, нужно отметить, что за многолетнее существование института накопилось достаточно опыта и наблюдений, чтобы оценить и критически разобрать преимущество того или иного метода, применявшегося при родоразрешении в тазовом предлежании. Нужно отметить, что каждый этап этого длинного пути характеризует состояние акушерской мысли соответствующей эпохи, а весь путь имеет определенную преемственность. Вехи развития акушерства в нашем институте были намечены И. Ф. Баландиным, а в дальнейшем были углублены и расширены Д. О. Оттом и его учениками. Большая работа проделана профессорами Строгановым, Преображенским, Р. В. Кипарским и Р. Г. Лурье. Огромный клинический опыт, диагностический талант и научные изыскания позволили последней наметить пути по разрешению проблемы снижения мертворождаемости при тазовых предлежаниях.

Ст. научн. сотр. Л. Н. ГРАНАТ

Операция наложения щипцов за 150 лет существования ЦИАГ (с 1797 по 1947 г.)

В начале возникновения Клиническо-повивального института прошло уже около 70 лет со времени открытия и введения щипцов в акушерскую практику. В это время были еще сторонники крайнего увлечения щипцами, в том числе и высокими, например Oslander-старший, применявший их в 40% всех случаев родов.

Были представители и противоположного, выжидательного направления, например, Вёег, который протестовал не только против наложения щипцов на высоко стоящую головку, но и вообще резко ограничивал применение их. В России высокие щипцы накладывал Нестор Максимович Максимович-Амбодик, уже в 1784 г. рекомендовавший для этого «прямые клещи».

Основанием для изучения вопроса о щипцах за 150 лет существования Клинического повивального института, ныне Центрального института акушерства и гинекологии, послужили нам главным образом работы, вышедшие из стен этого института, а там, где не было литературного отражения, непосредственно разработка архивного материала.

Данные о применении щипцов в период с 1797 по 1844 г., т. е. за 47 лет, отличаются большой скудностью. Имеются лишь малоговорящие, отдельные цифры и то только за 3 года (1838, 1840 и 1844 гг.). Всего случаев наложения щипцов за эти 3 года было 15, что к общему числу родов (728) составляет 2,1%.

Во втором периоде, охватывающем 14 лет (с 1845 по 1859 г.), помимо общих данных о количестве наложенных щипцов, равном 3% (243 случая на 8036 родов), имеются уже сведения о показаниях и исходах этой операции. Среди показаний на первом месте стоит узкий таз,

затем выпадение пуповины, а также местные и общие заболевания матери.

Отмечается бóльшая частота наложения щипцов у первородящих по сравнению с повторнородящими — в 5 раз, а также высокая материнская и детская смертность. Первая равна 14%, вторая — 16%. Непосредственная причина столь высокой смертности не указана, не сделана и редукция этих цифр.

Третий период включает последующие 22 года (с 1860 по 1882 г.), в течение которых наложение щипцов остается попрежнему наиболее частой акушерской операцией. В процентном отношении к родам она мало чем отличается от предыдущих двух периодов и составляет 2,67%. Показания и исходы для матери и ребенка за этот период не указаны.

В четвертом периоде, равном десятилетию (с 1883 по 1893 г.), мы снова имеем более подробные сведения о применении щипцов с сравнительными ссылками на отдельных русских и иностранных авторов. Оказывается, что частота наложения щипцов и здесь остается примерно той же, что и за предыдущие периоды, т. е. 3%, не превышающей обычной цифры, по данным других авторов, 2,5—3%. Снова отмечено преобладание этой операции у первородящих по сравнению с повторнородящими. Здесь мы встречаемся впервые с разделением щипцов по категориям: на выходные — 58%, полостные — 34,1% и высокие — 7,9%. При этом, что понималось под названием «высокие щипцы», все еще точно не определено. Среди показаний на первом месте фигурирует узкий таз, затем двойни, *placenta praevia* и эклампсия.

Впервые приводятся данные о частоте разрывов промежности, при наложении щипцов равной 29%, причем отмечается, что она больше, чем при родах, законченных другими способами. Поэтому высказывается сомнение по поводу взглядов отдельных авторов (Фенонен, Штольц), утверждающих, что промежность при применении щипцов находится в более благоприятных условиях, чем при самопроизвольных родах. Более подробно разобран исход наложения щипцов для ребенка:

	%, случаев
Живые дети	70,7
Родившиеся в асфиксии, оживленные	17,7
Родившиеся в асфиксии и неживленные	1,7
Мертворожденные	9,1
Мацерированные	0,6

Заслуживает внимания последнее указание о наложении щипцов на головку мацерированного плода. Что это — ошибка, случайность или остается предположить, что отмирание плода не являлось в то время явным противопоказанием к наложению щипцов, — остается невыясненным.

Общая детская смертность составляет 15,8%, т. е. она остается столь же высокой, как в предыдущие периоды. Материнская смертность за этот период не указана.

Пятый и последний 4-летний период столетия (с 1893 по 1897 г.), несмотря на свою кратковременность, был характерен некоторыми особенностями. Прежде всего, хотя и незначительно, возросло число случаев наложения щипцов (до 3,6%), в то время как средняя частота этой операции, по сводной русской статистике Михайлова, составляла 2,47%, в Германии, по Koeser, — 2% и несколько больше у английских авторов.

Более высокий процент наложения щипцов в институте за данный период объясняется возросшим интересом к судьбе ребенка, побудившим врачей накладывать щипцы там, где прежде прямо приступали к перфорации. Это привело к большему числу наложения высоких щипцов, чем прежде, а именно: 29,1, вместо 7,9% в предшествующем четвертом периоде. Помимо чисто гуманных и педагогических целей, это объясняется также и тем, что проф. Баландин (бывший директором института до 1893 г.) признавал только полостные и выходные щипцы и лишь в виде исключения соглашался на высокие, а проф. Отт, принявший руководство институтом в 1893 г., не считал противопоказанными и высокие щипцы.

В качестве показаний к наложению щипцов снова отмечен «узкий таз» — в 39%. Детская смертность в связи с увеличением числа наложения высоких щипцов возросла до 18,5% (против 15,8% за предыдущий период), зато количество перфораций на живом плоде резко упало.

Резюмируя кратко вопрос о применении щипцов за первые 100 лет существования института, следует отметить отсутствие с самого начала какого-либо увлечения этой операцией.

Относительно небольшой и довольно стабильный процент наложения щипцов от 2,1% с незначительными колебаниями в течение многих лет достигает — 3%, и лишь в самые последние 4 года столетия отмечается повышение его до 3,6%. В этом последнем периоде увеличивается число случаев наложения высоких щипцов, мероприятие, направленное к снижению детской смертности. На самом же деле это привело к некоторому повышению последней с 15,8% до 18,5%. Однако в конечном итоге это мероприятие, несмотря на кажущееся противоречие, дало положительный результат за счет резкого снижения числа перфораций живого плода. Поэтому для того времени оно являлось прогрессивным мероприятием, положительно охарактеризовавшим конец указанного столетия. Следует отметить, однако, что вопрос о высоких щипцах, выдвинутый в последние 4 года столетия, совершенно не подвергался еще разработке и самое понятие о высоких щипцах не было еще точно определено.

Последующие почти четверть века, а именно самый конец XIX и начало XX столетия, характеризуются возросшей активностью в применении щипцов, главным образом высоких щипцов, ставших основной операцией среди других акушерских операций, особенно в терапии узкого таза.

Общая частота наложения щипцов достигает 4,2% по сравнению с 3,6% в конце XIX столетия, число высоких щипцов с 0,34% после

1893 г. достигает 1,6% и стойко держится в течение ряда лет. Это объясняется помимо указанного выше стремления заменить перфорацию живого плода высокими щипцами, еще и значительно возросшими и расширившимися педагогическими целями во время заведывания институтом проф. Оттом.

В этот период много внимания уделяется изучению вопроса о высоких щипцах. В работе Виридарского («Четыре года клинической жизни института», 1904—1907 гг.) мы видим впервые определение понятия «высокие щипцы», под каковыми институт понимал все случаи наложения щипцов на головку, стоящую малым и средним сегментом, а также прижатую и подвижную над входом в таз. Наоборот, щипцы, наложенные на головку, стоящую большим сегментом во входе, Виридарский и позднее Пальмов относят к полостным (мы же теперь считаем их также высокими или так называемыми высокими полостными щипцами).

Характерной особенностью этого времени был почти полный отказ от недавно успешно еще конкурировавшей с высокими щипцами операции профилактического поворота (после работ Мацевевского и Todt—Тодт). Попрежнему конкурирующими с ними остаются искусственные преждевременные роды и хирургические операции, а именно: тазорасширяющие и кесарское сечение, но в институте эти операции не имели тогда сколько-нибудь широкого применения.

Высокие щипцы в то время накладывались не только при нормальном, но и при суженном тазе, причем число случаев с узким тазом даже преобладало.

Каковы же были результаты для матери и ребенка?

При нормальном тазе заболеваемость и смертность матерей составляла 20% и 2,3%, соответственно повышаясь до 30,9% и 3,3% при узком тазе. Детская смертность также была выше при узком тазе, достигая с 23,3% соответственно 26,19%.

Несмотря на высокую заболеваемость матерей и смертность детей после высоких щипцов, Виридарский для своего времени делает довольно оптимистические выводы, он не рассматривает операцию высоких щипцов как недопустимую ошибку, подобно Zweifel, или только как позволительную ошибку по W y d e r, а считает ее при нормальном тазе операцией не трудной и дающей совершенно удовлетворительные результаты, а при узком тазе уместной и вполне законной.

Только несовершенством хирургических операций, дающих большую материнскую смертность в то время, можно объяснить преобладание высоких щипцов перед хирургическими операциями. Тем более, что проф. Отт, в противоположность зарубежным школам в лице P i n a r d и K r ö n i g признавал за матерью право решать вопрос о выборе операции.

В 1914 г. появляется монографическая работа Пальмова «О высоких акушерских щипцах», обобщающая материал института с 1904 по 1911 г. и подводящая итоги применения этой операции.

Из этой работы видно, что к тому времени положение высоких щипцов в институте не только не поколебалось, но скорее упрочилось

и, более точно определилось. Установившийся к этому времени выжидательный метод ведения родов, показавший наилучшие результаты для матери и плода, вместе с тем давал повод к возникновению так называемых запущенных случаев, при которых применение хирургических операций (гембостомии и кесарского сечения) считалось опасным и противопоказанным. Из возможных операций выбор колебался между высокими щипцами или перфорацией живого плода. Естественно, предпочтение оказывалось первой, как попытке спасти ребенка. Таким образом в противоположность некоторым авторам, тогда уже пытавшимся изгнать высокие щипцы из акушерской практики, последние в институте оставались неотъемлемой операцией, позволяющей систематически проводить выжидательный метод до конца.

Помимо запущенных, герп. инфицированных, случаев, высокие щипцы применялись также при родах, осложнившихся асфиксией плода, родах в домашних условиях и при отказе матери от хирургической операции.

Последующее углубленное изучение вопроса о высоких щипцах переносится в область ведения родов при узком тазе.

Ряд зарубежных клиник, наряду с выжидательным методом, стал переходить на хирургические операции, главным образом кесарское сечение, постепенно отказываясь от наложения высоких щипцов.

Институт в это время стоял на позиции максимального выжидания в терапии узкого таза и, отдавая предпочтение интересам матери, не отказывался от операции высоких щипцов, наоборот, последняя попрежнему являлась в институте наиболее частой операцией и составляла 8,1%, в то время как типичные щипцы накладывались в 4,3% случаев, искусственные преждевременные роды производились в 4%, кесарское сечение — в 1,9%, профилактический поворот — в 0,5% и пубитомия — в 0,3% случаев. Объясняется это тем, что материнская летальность после хирургических операций хотя постепенно и снижалась, но вплоть до 1921 г. оставалась все еще большей, чем после высоких щипцов. Так, к 1912 г. материнская смертность для типичных щипцов составляла редукцией 2,8%, для высоких — 0%, для кесарского сечения она была 15,8% (редуцированная 11,1%). К 1921 г. процент смертности от хирургических операций значительно снизился и был равен 3,07% против 2,6% (редуцированная 0,9%) для высоких щипцов.

Детская смертность все время оставалась высокой с незначительной тенденцией к снижению — с 32% в 1912 г. до 25% в 1921 г. И лишь после 1921 г., когда после кесарского сечения были получены вполне удовлетворительные результаты для матери, институт изменил свое направление, перейдя от максимального выжидания к умеренному, и расширил показания к кесарскому сечению почти вдвое (до 4% вместо 1,9% в предыдущем периоде). В связи с этим институт почти полностью отказался от искусственных преждевременных родов, свел до минимума перфорацию живого плода и значительно ограничил применение высоких щипцов. Однако и в то время институт полностью от высоких щипцов не отказался, стремясь снизить детскую смертность и большой травматизм матери применением и изучением специальных

моделей высоких щипцов. В этом направлении, еще ранее испробовав щипцы Tarnier, акушерская клиника дала им отрицательную оценку в работе Пальмова в 1914 г. Не привились также и щипцы Breusa. Большим успехом пользовались щипцы Килланда (предложенные автором в 1915 г.), которые нашли себе сторонников в институте в лице Марковского и его учеников Елкина и Фейертага.

Елкин, признавая значительные преимущества щипцов Килланда, усовершенствовал их и демонстрировал свою модель в 1926 г. на VII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов. Он применял щипцы на головку не только прижатую, но и подвижную над входом, как при нормальном, так и при суженном тазе. Даже при выраженном несоответствии он признает еще высокие щипцы как пробные, т. е. не оставляет еще попытки преодолеть щипцами имеющееся несоответствие между головкой и тазом.

Уже тогда отдельные представители института, В. В. Строганов, Р. Г. Лурье, относились сдержанно к наложению высоких щипцов, в частности к модели Килланда, указывая, что смертность детей, полученная Елкиным, составляет 20%, а также имеются серьезные повреждения матерей и большая их заболеваемость.

В последующий период интерес к высоким щипцам значительно ослабевает, хотя в 1929 г. еще выходит работа Фейертага, описывающая 53 случая применения высоких щипцов за 5 лет.

Затем лишь отдельные сотрудники института (Яковлев, Левит) прибегают изредка к высоким щипцам, главным образом как к вынужденной операции, при необходимости закончить затянувшиеся роды во что бы то ни стало по показаниям со стороны матери или плода, или обоих вместе. Высокие щипцы накладываются еще на слабо прижатую головку, но только при нормальном тазе, или во всяком случае при отсутствии выраженного несоответствия. Таким образом щипцы применяются как влекущий инструмент, заменяющий недостаточные изгоняющие силы, а не как инструмент, преодолевающий пространственное несоответствие.

Однако высокие щипцы попрежнему дают еще значительный процент детской смертности, не падающий ниже 15,1%, и единичные серьезные повреждения матери в виде перфорации нижнего сегмента матки, образования мочеполовых фистул и большей материнской заболеваемости, чем после типичных щипцов.

Весь клинический опыт по наложению высоких щипцов послужил основанием к тому, чтобы почти совершенно отказаться от их применения (Р. Г. Лурье), сохранив их для единичных случаев при исключительно редких формах акушерской патологии, как, например: при высоком прямом стоянии стреловидного шва и т. п. Эти единичные случаи обычно родоразрешались только ведущим клинику лицом. Применялись как щипцы Симпсона, так и Килланда. Последним отдавалось предпочтение, как более удобной модели (большая длина, отсутствие тазовой кривизны), особенно в случаях высокого прямого стояния стреловидного шва.

За последние довоенные годы (1940—1941 гг.) высокие полостные щипцы были наложены всего в 3 случаях.

Следует отметить резкое снижение общего числа наложения щипцов в 1946 г., достигшее наименьшей цифры за весь отчетный период — 1,5% по отношению ко всем родам. Из них высоких щипцов — 0%, выходных — 36,0%, полостных щипцов 61,5% и на головку, стоящую большим сегментом (высоко-полостные) во входе в таз, — 2,5%.

Последние применялись только в случаях вторичной слабости родовой деятельности, не поддающейся терапевтическим мероприятиям, падения сердцебиения плода, *febris sub partu* или тяжелого общего состояния больной (острая декомпенсация в родах, отек легких и т. п.).

Все еще имеющаяся значительная детская смертность — 10,4%, наступающая главным образом от внутриутробной асфиксии плода, побудила акушерскую клинику института (зав. проф. Р. Г. Лурье) предпочесть более трудные, но своевременно наложенные полостные щипцы, более легким, но поздно применяемым выходным щипцам.

Не имея основания согласиться с мнением отдельных авторов, утверждающих, что лучшее сохранение промежности наблюдается при щипцах, в институте в большинстве случаев, а у первородящих как правило, производится профилактическая перинеотомия. Результаты заживления после перинеотомии лучше, чем после обычно наступающих разрывов. Для меньшего сдавливания головки в щипцах и возможного самостоятельного вращения ее при тракциях между рукоятками щипцов, как правило, прокладывается сложенное в несколько рядов полотенце.

Для полноты изложения необходимо упомянуть еще о возможном применении щипцов на тазовый конец. Впервые с благоприятным результатом ошибочно наложил на ягодицы головные щипцы Levret еще в 1772 г.

В акушерской клинике института в отдельных случаях также применяли извлечение плода за тазовый конец щипцами, однако эта операция не привилась и за последние годы полностью оставлена.

Повидимому, так называемые запущенные случаи с «вколачиванием ягодиц», которые и являлись показанием к наложению щипцов, теперь предотвращаются своевременной операцией кесарского сечения или более простой операцией — низведением ножки.

Таким образом в настоящее время полностью отказались от применения высоких щипцов, от насильственной и излишней ротации головки щипцами, от преодоления ими каких-либо пространственных несоответствий. Наша клиника рассматривает щипцы только как влекущий инструмент.

Операция наложения щипцов в настоящее время в институте является типичной операцией с четко разработанными показаниями и условиями применения. Она доступна в этом виде изучению и усвоению широким кругам врачей, почти полностью исключает возможность серьезных повреждений матери и позволяет максимально снизить детскую смертность.

Ст. научн. сопр. М. З. БОГАН

Эволюция кесарского сечения за 150 лет существования ЦИАГ

История развития кесарского сечения за 150 лет существования института представляет большой научный интерес.

Из операции, считавшейся «самым отважным действием», дававшей 80—100% материнской летальности, она в наше время превратилась в обычную хирургическую операцию с общей материнской летальностью 3,0—4,0%.

Первое кесарское сечение на живой произведено в институте Этлингером в 1852 г. 35-летней женщине, беременной 6-й раз, по поводу заграждения таза окаменелым плодом от бывшей когда-то внематочной беременности. Мать умерла через 36 часов после операции. Ребенок остался жив.

В дальнейшем до 1874 г. в институте произведено еще три кесарских сечения на живых. К сожалению, в отчетах не указаны ни показания к операции, ни исход. Нужно думать, что маточный шов не применялся, что показания были абсолютными и что исход, весьма вероятно, был неблагоприятным. За это говорит тот факт, что с 1874 до 1883 г. не было произведено ни одного кесарского сечения на живой.

Частота кесарских сечений за период до 1883 г. составляла 0,013%.

На западе в это время царило увлечение операцией Порро (Porro), которое не коснулось института.

Период 1883—1893 гг.

С 1883 до 1893 г. произведено 10 кесарских сечений на 5614 родов, что составляет 0,17%. Материнская летальность равнялась 40,0%, мертворождаемость — 10,0%.

В практику вводится усовершенствованный маточный шов Зенгера. Матка выводилась из брюшной полости, под нее подводился эластический жгут. Производился медиальный разрез в средней трети тела матки, по передней поверхности ее. После удаления последа полость матки вытиралась ватой, увлажненной сулемой. На разрез матки накладывались узловые швы в 2 этажа, глубокие и поверхностные. Перед операцией родовые пути подвергались тщательной дезинфекции.

Кесарское сечение производилось только при выраженном сужении таза, преимущественно носившем характер абсолютного.

Несмотря на сужение таза, порой приближающееся к абсолютному, принято было длительно выжидать, наблюдая процесс родов. Операция предпринималась после длительной родовой деятельности и безводного периода, когда выяснялось отсутствие поступательного движения головки, а мать хотела во что бы то ни стало иметь ребенка.

В случаях, когда уже заранее предreshалось кесарское сечение, последнее производилось в начале родовой деятельности.

Период 1893—1903 гг.

Составленный Чапиным медицинский отчет касается деятельности акушерского отделения за 4 года (с 1893 по 1897 г.). Мы дополнили его до 1904 г. на основании архивных журналов и историй родов.

Всего за это время сделано 9 кесарских сечений на 11466 родов, что составляет 0,08%. Материнская летальность равнялась 22,2%, мертворождаемость — 33,3%.

Принципы установления показаний к операции и времени ее производства остаются те же, что и в предыдущем периоде. Оперативный метод в основном также остается тем же. Швы на матку накладываются шелковые.

Жгут больше не применяется. Выходит из употребления также сдавливание матки руками ассистента. Полость матки не протирается.

В 2 случаях был произведен донно-поперечный разрез по Фригчу (Fritsch).

В этом периоде в 1902 г. впервые произведено кесарское сечение по поводу выпадения пуповины в сочетании с узким тазом при диагональной конъюгате в 9,2 см. Исход благоприятный и для матери и для плода.

Период 1904—1907 гг.

За период времени с 1904 по 1907 г. на 8538 родов произведено 14 кесарских сечений, что составляет 0,16%. Материнская летальность равнялась 7,1%, мертворождаемость — 0. Во всех случаях операция производилась по относительным показаниям со стороны таза при диагональной конъюгате 8,5—10,5 см. К тому же в 3 случаях было сочетание с рубцовым сужением влагалища и зева и в 1 — с защитным

влагалищно-пузырным свищом. У 12 повторнородящих имелся отягощенный анамнез, причем у 4 было в прошлом кесарское сечение.

Целость плодного пузыря не являлась непременным условием для производства операции. Лишь чрезмерная продолжительность родового акта и многократные внутренние исследования служили противопоказанием к кесарскому сечению.

Небольшое количество кесарских сечений объяснялось помимо проводимого строго выжидательного принципа также и общими установками терапии узкого таза: в 4,04% всех узких тазов проводились искусственные преждевременные роды, в 5,5% наложены высокие щипцы, в 4,4% произведена перфорация и лишь в 1,9% родов с узким тазом применено кесарское сечение.

Во всех случаях перед операцией производилась дезинфекция наружных половых органов обмыванием мылом, щетками, спиртом и сулемой, а влагалище — мылом и сулемой.

В этот период времени кесарское сечение производилось следующим образом: матка вскрывалась срединным разрезом в средней трети тела *in situ* и выводилась после освобождения ее от плода. Матка зашивалась узловыми шелковыми швами. Сначала накладывался ряд глубоких швов, захватывавших брюшину и мускулатуру без прокола слизистой. Затем швы затягивались, и в промежутках между ними для более прочного сближения краев и более тщательной остановки кровотечения накладывались поверхностные швы на брюшину с небольшим слоем подлежащей ткани.

Раньше, чем перейти к характеристике следующего периода, считаем необходимым привести некоторые интересные сведения, касающиеся развития кесарского сечения на западе на данном этапе.

В начале XX века материнская летальность после классического кесарского сечения установилась в пределах 6,0—10,0%. Выяснилось, что, несмотря на усовершенствованный маточный шов, классическое кесарское сечение дает высокий процент материнской летальности в инфицированных случаях с длительным безводным периодом и температурой в родах.

Инфицированные случаи оставались поэтому уделом тазорасширяющих и различных влагалищных операций, в том числе перфорации головки живого плода.

В 1906 г. Франк (Frank) возбудил большой интерес к экстраперитонеальному кесарскому сечению, воскресив идею Ритгена (Ritgen, 1821) и Физика (Physick, 1824).

Экстраперитонеальное кесарское сечение начали применять сравнительно часто после того, как техника его была разработана Зельгеймом (Sellheim, 1908), Лацко (Latzko, 1908) и Дерлейном (Döderlein, 1909).

Пионерами этого метода в России были Новиков и Личкус.

Период 1908—1928 гг.

Общая характеристика деятельности акушерской клиники с 1908 по 1928 г. дана Р. Г. Лурье. Бакшт разработал материал по кесарскому сечению, а Пальмов — по узкому тазу.

Всего за это время произведено 110 кесарских сечений, из которых 87 по поводу узкого таза.

До 1921 г. нельзя отметить серьезных сдвигов в развитии кесарского сечения в сравнении с предыдущим периодом.

Как общее количество кесарских сечений, так и выбор условий и времени производства операции всецело зависели от установившихся принципов в терапии узкого таза: в 4,5% всех суженных тазов применялись искусственные преждевременные роды, в 7,8% — высокие щипцы, в 2,8% перфорация головки на живом плоде (из них в 2,4% после предшествовавшей другой операции), в 1,3% — перфорация на мертвом плоде и лишь в 1,8% всех суженных тазов применялось кесарское сечение.

С 1921 года отмечается ряд изменений в подготовке и в технике операции. Влагалище не моется перед кесарским сечением. Акушерская клиника ограничивает, по возможности, внутреннее исследование, в отличие от прежнего времени, когда даже перед кесарским сечением такое производилось много раз несколькими лицами.

Разрез в средней трети тела матки заменяется разрезом в нижней трети тела. Матка не выводится также после освобождения ее от плода. Вся операция производится *in situ*.

Значительный рост кесарских сечений отмечается с 1925 г. Если за время с 1908 по 1924 г. процент кесарских сечений ко всему количеству родов равен 0,15, то в период с 1925 по 1928 г. он достигает 0,8%. Рост идет в основном за счет расширения относительных показаний к кесарскому сечению при узком тазе II и III степеней сужения с диагональной конъюгатой от 8,5 до 10,5 см.

Увеличивается удельный вес первородящих при кесарском сечении по поводу узкого таза с 25,8 (1908—1924 гг.) до 41,1% (1925—1928 гг.). Одновременно соответственно падает материнская летальность от 15,9 до 6,1%. Детская летальность за весь период равнялась 3,8%.

Коренным образом изменились установки в терапии узкого таза. Акушерская клиника совершенно отказалась от искусственных преждевременных родов. Высокие щипцы были ограничены до минимума. Операция перфорации головки живого плода отходит в область прошлого.

Максимальное выжидание заменяется умеренным выжиданием, совершенствуются методы своевременной диагностики несоответствия между головкой и тазом, в силу чего количество инфицированных слузаев при узком тазе уменьшается.

В целях спасения новорожденных и в таких случаях совершаются попытки к экстраперитонеальному производству операции.

держивается абдоминального родоразрешения при центральном предлежании и при жизнеспособном плоде.

В терапии эклампсии клиника продолжает применять консервативный метод Строганова.

Что касается терапии узкого таза, то при явном функциональном несоответствии между тазом и головкой — кесарское сечение производится уже в начале родовой деятельности. У повторнородящей при отягощенном анамнезе также рекомендуется раннее кесарское сечение. При относительных степенях сужения у первородящих — пробные роды с тем, однако, чтобы в случае надобности перейти к кесарскому сечению, не дожидаясь повышения температуры в родах у роженицы или падения сердцебиения у плода.

Нельзя чрезмерно расширять показания к кесарскому сечению в инфицированных случаях.

Проф. Лурье отмечает в отчете за 25 л. (1904—1929 гг.), что «несмотря на расширение показаний к кесарскому сечению, перфорация и эмбриотомия продолжают фигурировать в числе операций. Правда, нужно отметить, что за последние годы эти операции применяются в большинстве случаев у рожениц, прибывших в клинику с повышенной температурой, с мертвым плодом, с запущенным поперечным положением. В нескольких случаях перфорация последующей головки была применена после неудавшейся экстракции крупного плода в ягодичном предлежании. В будущем показание к кесарскому сечению должно быть расширено и в этом направлении. У старых первородящих при наличии крупного плода в ягодичном предлежании и при желании матери иметь живого ребенка правильнее подвергнуть ее кесарскому сечению своевременно, нежели выжидать, жертвуя жизнью плода».

Период 1929—1945 гг.

Данные за последний период с 1929 по 1945 г. разработаны нами на основании историй родов и личного участия в клинической работе акушерского отделения.

Характерно, что одновременно с рациональным расширением показаний к кесарскому сечению наметилась стабилизация частоты его применения — 0,9% в среднем (491 кесарское сечение на 54 259 родов). Общая материнская летальность равнялась 3,85%, редуцированная 2,03%. Общая мертворождаемость выразилась 2,83%, редуцированная — 1,01%.

Эклампсия не является показанием к кесарскому сечению. Правда, в единичных случаях было произведено кесарское сечение при эклампсии, однако показанием к операции служила не эклампсия, а ряд сопутствующих заболеваний: несоответствие между головкой и тазом, гематома влагалища, доходившая до стенок таза, изменение глазного дна у роженицы при нефропатии, кровоизлияние в сетчатку глаза.

Институт во все периоды применял и продолжает применять консервативный метод лечения эклампсии.

В этом большая заслуга проф. В. В. Строганова, который даже в тот период времени, когда волна «хирургической эры» в акушерстве захлестнула целый ряд клиник за границей и в нашем отечестве, настаивал на консервативном ведении родов при этой патологии.

По поводу предлежания плаценты произведено за последний период 60 кесарских сечений, из них 50 при центральном и 10 при частичном предлежании плаценты.

В подавляющем числе случаев операция произведена по показаниям со стороны матери. Основанием к операции служило обильное кровотечение, которое, как правило, появлялось в начале родовой деятельности при малом раскрытии шейки.

Само собой разумеется, что кесарское сечение при предлежании плаценты, предпринятое в интересах матери, служило в то же время и интересам плода.

Последние годы обязательно применялось переливание крови по окончании операции, а в случае необходимости и в процессе операции.

Результаты получены следующие: общая материнская летальность — 3,33%, септическая — 1,66%, мертворождаемость среди доношенных детей равна 0.

По поводу узкого таза и некоторых других относительных показаний произведено 373 кесарских сечения, из них повторных кесарских сечений 65 (17,9%). Первородящие составляли 41,9%.

Общая материнская летальность равнялась 2,1%, а септическая — 1,9%. Мертворождаемость — 1,1%.

Анализируя клинко-статистические данные за период с 1929 по 1945 г. и сравнивая их с предыдущим периодом, следует отметить следующее.

Выдвинутое Бакштом в 1929 г. положение «пробные роды плюс экстраперитонеальное кесарское сечение» оказалось несостоятельным. Институт не пошел по пути максимального выжидательного поведения при узком тазе с тем, чтобы прибегать к экстраперитонеальному кесарскому сечению, когда несоответствие между головкой и тазом становилось вполне очевидным, но уже наличию были явления инфекции. За истекший период произведено всего 5 экстраперитонеальных кесарских сечений. Во всех этих случаях послеоперационное течение осложнилось тяжелым септическим заболеванием.

Реальными и жизненными оказались те установки, которые были намечены еще в 1929 г. Эти установки выковывались в клинике Р. Г. Лурье до 1939 г. под ее влиянием как консультанта, а с 1939 г. под ее непосредственным руководством, как заведующей акушерской клиникой.

Общий смысл заключается в разумном расширении показаний к кесарскому сечению во имя спасения матери и плода и отрицательном отношении с одной стороны, к широкому его применению, как это предлагали Гирш (Hirsch) и Дёрфлер (Dörfler), которые считали возможным решить вопрос о кесарском сечении в течение 15 минут с момента поступления роженицы в клинику, и с другой стороны, к принципу пробных родов до конца с перфорацией головки

на мертвом, в случае его внутриутробной смерти и даже на живом — в случае угрожающего разрыва матки или появления симптомов начинающегося некроза мочевого пузыря, как это пропагандирует в наше время Полонский.

Наши установки в настоящее время заключаются в том, чтобы своевременно диагностировать показания к кесарскому сечению еще до наступления инфекции, благодаря чему инфицированные случаи должны стать редкостью.

При узком тазе, когда имеется явное пространственное несоответствие между головкой и тазом, кесарское сечение производится уже в начале родовой деятельности. Решение вопроса облегчается у повторнородящих при отягощенном анамнезе.

При нерезко выраженном несоответствии, но при отсутствии поступательного движения головки плода при полном раскрытии шейки, несмотря на наличие энергичной родовой деятельности, вопрос в пользу кесарского сечения решается уже через несколько часов после отхождения вод.

При нерезко выраженном несоответствии при отсутствии поступательного движения головки плода, вялой родовой деятельности при отошедших водах показания к кесарскому сечению устанавливаются в результате более длительного наблюдения и попытки усилить родовую деятельность. Чрезмерно длительное выжидание чревато угрозой внутриутробной асфиксии плода и *endometritis sub partu*. Во внимание следует принимать, помимо степени сужения таза, еще целый ряд моментов: величину плода, переносимость беременности, роды у старой первородящей, неблагоприятное вставление головки и др. Повышение температуры при этой ситуации до субфебрильных размеров должно служить ускоряющим моментом для решения вопроса в пользу кесарского сечения. Точно так же наступающая внутриутробная асфиксия плода должна ускорить решение вопроса, но в данном случае должна быть уверенность в жизнеспособности плода, ибо неправильным будет производить кесарское сечение по относительным показаниям на отмирающем плоде.

При аналогичном положении возможно применение кесарского сечения по совокупности показаний и при нормальном тазе, что, естественно, бывает редко.

Установки по разумному расширению показаний к кесарскому сечению охватывают определенные случаи ягодичного предлежания и поперечного положения. При суженном тазе и доношенном плоде, особенно при отягощенном анамнезе, кесарское сечение производится уже в начале родов.

Но и при нормальном тазе и ягодичном предлежании или поперечном положении мы решаемся на кесарское сечение в результате наблюдения по совокупности показаний, а именно: крупный плод, переносимая беременность, роды у старой первородящей, преждевременное отхождение вод, вялая родовая деятельность, в общем при таком положении, когда при консервативном ведении родов возможно придется жертвовать жизнью плода.

Само собой разумеется, что при применении кесарского сечения по относительным показаниям необходимо получить согласие матери на операцию.

При инфицированных случаях не следует расширять показания к кесарскому сечению.

При явно септических случаях нельзя подвергать роженицу кесарскому сечению.

С известной осторожностью по соответствующим показаниям и трансперитонеальное цервикальное кесарское сечение и метод Дёрфлера могут быть применены в определенных инфицированных случаях.

Сравнительно удовлетворительные показатели нам удалось получить не только благодаря уточнению правильных показаний и своевременному производству кесарского сечения, но и благодаря применению оперативного метода с разрезом не в области тела матки, а в области шейки и нижнего сегмента.

Трансперитонеальное цервикальное кесарское сечение в институте производилось следующим образом: брюшная полость вскрывалась продольным медиальным разрезом, производился поперечный разрез маточно-пузырной брюшинной складки, и мочевого пузыря вместе со складкой отсепаровывался возможно ниже для обнажения шейки. Шейка вскрывалась медиальным продольным разрезом, который мог заходить и в область нижнего сегмента. После извлечения младенца и последа на место разреза накладывался первый этаж узловых кетгутовых швов и второй этаж из непрерывного кетгутового шва. Перитонизация производилась при помощи пузырно-маточной складки, так что защитный разрез матки прикрывался ею и оказывался расположенным вне брюшной полости.

Метод Дёрфлера впервые был применен в институте в 1933 г. Однако он не сразу привился. С 1934 по 1936 г. его не применяют. С 1937 г. к нему начали прибегать все чаще и чаще, и с 1945 г. он окончательно вытеснил трансперитонеальное цервикальное сечение, что объясняется простотой и быстротой его выполнения, хотя показатели при нем мало чем отличаются от показателей после трансперитонеального кесарского сечения.

Следует сказать, что операция эта производится в институте не в таком виде, как это предложил сам Дёрфлер, а в модифицированном. Мы не эвентерируем матку, на чем Дёрфлер акцентировал свое внимание, а производим всю операцию *in situ*, для чего нам не приходится прибегать к длинному разрезу, заходящему далеко выше пупка, как это делал Дёрфлер, а ограничиваемся коротким медиальным разрезом между лобком и пупком. Вскрытие матки производится в области перешейки в поперечном направлении тупым путем, пальцами, после сделанного скальпелем небольшого отверстия. После извлечения младенца и последа матка зашивается двумя этажами швов: первый этаж узловых кетгутовых швов и второй этаж непрерывного кетгутового шва, затем сшивается брюшина непрерывным кетгутовым швом.

В конце 1945 г. и в начале 1946 г. в институте произведены 10 операций по Смитту (Smith), причем не было ни одного случая материнской смертности и мертворождаемости.

В 1940 г. Смит воскресил идею Франка, предложив «транссервикальное кесарское сечение с исключением брюшной полости и мобилизацией мочевого пузыря». Производится разрез по Пфанненштилю; пузырно-маточная переходная брюшинная складка вскрывается у самого мочевого пузыря в поперечном направлении, далеко в стороны, до встречи с разрезом париетальной брюшины; верхние края париетальной брюшины и переходной брюшинной складки сшиваются, таким образом выключается брюшная полость. На мочевом пузыре остается небольшая брюшинная полоска. Мочевой пузырь отодвигается книзу, и в области шейки производится поперечный разрез. После извлечения плода и последа накладываются швы на разрез в два этажа. Край брюшинной полоски на мочевом пузыре подшивался к дубликатуры брюшины. В инфицированных случаях применялся дренаж.

Мы применили эту операцию, внося в нее следующую модификацию в технике и методике (Коган).

1. Разрез Пфанненштиля мы заменили продольным разрезом брюшной стенки с поперечным разрезом париетальной брюшины.

2. Мы не отсекаем мочевого пузыря. Поперечный разрез матки производится не в области шейки, а в области нижнего сегмента.

3. Дренаж нами совершенно не применяется.

Эта операция названа нами «трансперитонеальное кесарское сечение с исключением брюшной полости». Она может быть применена в инфицированных случаях.

Благодаря внедрению в жизнь установок рационального расширения показаний к кесарскому сечению нам удалось совершенно изжить операцию перфорации головки живого плода. Произведенные отдельные случаи перфорации на мертвом плоде при узком тазе являлись следствием недооценки случая, в результате чего кесарское сечение не было своевременно произведено.

Задача современного акушерства заключается в том, чтобы сделать кесарское сечение, предпринятое по соответствующим показаниям, безопасной для жизни матери операцией. Для этого необходима правильная оценка каждого случая, дальнейшее уточнение показаний и времени производства операции, дальнейшее усовершенствование методов и техники, безукоризненная асептика и антисептика в широком смысле слова.

Проф. П. А. БЕЛОШАПКО

Лечение предлежаний плаценты

Предлежание плаценты как одна из самых тяжелых форм акушерской патологии всегда тревожило акушеров.

«Если бы что-нибудь могло заставить меня отказаться от акушерской практики, то это был бы страх, внушаемый кровотечением вследствие неправильного прикрепления детского места», сказал Дюбуа (Dubois).

Частота предлежаний детского места, оцениваемая скромной цифрой 0,5% (в среднем), является причиной того, что и в настоящее время предлежание плаценты служит предметом неослабевающего интереса акушеров.

Вот почему проследить эволюцию вопроса о лечении предлежаний плаценты на протяжении 150 лет существования института является полезным делом.

Хотя настоящая статья имеет заглавие «Лечение предлежаний плаценты», мы считаем возможным коснуться в ней и других вопросов, в частности вопросов терминологии.

Точных сведений о том, каков был взгляд на лечение предлежаний плаценты в первые десятилетия существования института, равно как и точных цифр этой патологии за указанный период, мы не имеем.

В отчетах до 1844 г. есть упоминание о двух случаях «предлежания последа», один из которых относится к 1838 г., другой — к 1844 г.

Обращаем прежде всего внимание на название этой патологии «предлежанием последа», т. е. термином, находящимся в полном противоречии с современными анатомо-физиологическими представлениями, но употребляемым многими акушерами наших дней без всякой критики.

Что касается терапии двух упоминаемых случаев, то в одном из них, повидимому, было применено прободение «последа», в другом — *«accouchement force»*.

На основании этого скромного и не вполне точно описанного материала трудно говорить о том, какая терапия предлежаний плаценты была общепринятой в институте в конце XVIII и первой половине XIX столетий.

Судя по сведениям, которые можно почерпнуть из руководства нашего старейшего отечественного акушера Максимовича-Амбодика «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле», способ форсированного родоразрешения (*accouchement forcé*) в случаях опасных кровотечений при неподготовленных родовых путях был в то время излюбленным.

По описанию Максимовича-Амбодика, он состоит в следующем.

1. Сперва вложить один указательный перст в самое рыльце матки, и оным бережно испытывать, где именно и с которой стороны детское место уже отделилось.

2. Межь отделенную часть детского места и рыльца немедленно запустить два пальца и, растопырив оные, расширить оное отверстие столько, чтобы целая рука сквозь оное во впадину матки войти могла.

3. Если детское место, к рыльцу матки приросшее, еще нигде отделенным не найдется, в таком случае по середине оное перстом пробуравить или проколоть, и целую руку в матку вложить.

4. Немедленно щипками прощипнуть младенческие оболочки и учиненное отверстие еще более расширить перстами.

5. Тотчас в оное отверстие вложить целую руку, и оною встречающуюся там детскую головку несколько отвести в сторону.

6. Начиная от головки рукою следовать по груди, брюшку, стегнам и лядвиям, далее до самых стоп ножных.

7. Обе ножки вдруг захватить за лодыжки так, чтобы пяты касались самой ладони, и дитя вон вынять по выше данным наставлениям.

8. В случае, когда головка одна в тазе остановится неподвижно, для скорейшего ее вынятия употребить акушерские клещи.

9. Напоследок рукою совсем отделить детское место и вон вынять, которое часто особливо в сем случае от легкого руки прикосновения и само собою ниспадает».

В отчете Гугенбергера (за 1844—1859 гг.) имеется уже достаточно полное описание 42 случаев предлежания плаценты.

Прежде всего необходимо отметить применение Гугенбергером совершенно правильного термина — «предлежание детского места».

В терминологии форм предлежания плаценты наблюдается применение как удачных названий — «совершенное предлежание» и «не-совершенное предлежание», так и неудачных — «боковое» или «глубокое», что дает возможность смещения предлежаний плаценты с формой «низкого прикрепления плаценты».

Терапия, примененная в 42 случаях предлежания плаценты, по отчету Гугенбергера, также соответствовала веяниям первой половины XIX столетия, а именно: в 37 случаях, т. е. в 88%, приме-

нение тампонады влагалища, вслед за которой производилось вскрытие плодного пузыря и опорожнение плодовместилища.

Для характеристики эпохи необходимо остановиться на каждом из перечисленных терапевтических приемов.

Метод тампонады влагалища, впервые подробно изложенный в 1776 г. Леру (Leroi), но известный задолго до него, в первой половине XIX столетия приобрел широкое распространение.

В институте он выполнялся в двух видах: тампонада корпийными шариками и тампонада кольпейринтером Брауна.

Гугенбергер описывает этот способ следующим образом: «Намоченные в масле корпийные шарики вводились через короткое цилиндрическое или более длинное многоотверстное зеркало до самого маточного зева, ими набивался свод рукава и весь предматочник, а потом накладывалась Т-образная повязка».

«Кольпейринтер, налитый холодной водой, большую часть оставляем был без поддерживающего бинта».

«Тампон, если имелось кровотечение помимо него, менялся; если не было кровотечения — менялся через 8 часов».

Вскрытие плодного пузыря обыкновенно производилось при открытии зева в 3 пальца, при умеренном кровотечении и не полностью угасшей родовой деятельности и при несовершенном предлежании детского места.

Наконец, так называемое опорожнение плодовместилища применялось при длительном и опасном для жизни кровотечении при совершенно «изглаженном» или «удоборастяжимом» зеве.

Как упоминает Гугенбергер, из 19 случаев опорожнения плодовместилища зев оказался в 3 случаях открытым на 2½ пальца, в 14 случаях — на 3—4 пальца.

Характерно замечание Гугенбергера о том, что «*accouchement forcé*» в прямом смысле ни разу не применялось».

Это свидетельствует о том, что уже в то время в институте обнаруживалось отрицательное отношение к этой операции, которую Сейферт (Seifert) называл «отвратительной».

Таким образом в описываемый период (1845—1859 гг.) в области терапии предлежаний плаценты явно намечались сдвиги, вполне отвечающие лучшим мыслям акушеров того времени.

Однако в распоряжении акушера был очень скудный запас возможностей в виде нескольких ненадежных вмешательств, дающих чрезвычайно печальный исход для матерей.

По данным Гугенбергера, смертность матерей составила 38% (всего умерло 16 женщин). При этом кровопотеря (острая анемия) и септические послеродовые процессы в равной степени действуют между собой эту печальную цифру.

Что касается судьбы детей в родах, то она оказывается также неблагоприятной, мертворождаемость детей составляет 57%.

В дальнейших отчетах института мы не находим сведений о способах лечения предлежаний плаценты ни за период от 1860 до 1873 г., ни за период от 1874 до 1882 г.

В отчете за 1883—1893 гг. имеются довольно полные сведения о 34 случаях предлежания плаценты в родах.

Прежде всего надо отметить, что за этой патологией закрепляется термин «предлежания последа», несмотря на то, что всем русским акушерам был хорошо известен международный термин «*placenta praevia*».

В объяснении этиологии предлежаний плаценты возникают более конкретные толкования, как то: заболевания при прежних родах, бывшие аборт (!), преждевременные роды.

Частота предлежаний плаценты держится на прежнем уровне — 0,59%. Терапия указанных 34 случаев состояла в следующем.

Примененное вмешательство	Число случаев
Внутренний поворот на ножку с последующей экстракцией	22
Щипцы на предыдущую головку	3
Щипцы на последующую головку	1
Извлечение за ножки	2
Внутреннее отделение плаценты	6

При этом в 12 случаях, при которых был произведен внутренний поворот, к таковому приступлено было довольно рано (при зеве в 1½—2 пальца), т. е. было произведено *accouchement forcé*. При 21 родах было произведено вскрытие плодного пузыря.

Автор отчета в перечне операций не упоминает о подготовке раскрытия родовых путей помощью тампонады, но в кратком обзоре терапевтических вмешательств говорит следующее: «При мало подготовленных родовых путях обыкновенно применялись ледяные влагаллищные спринцевания, тампонация шейки матки и влагаллица иодоформными и ватными тампонами и в сравнительно редких случаях кольпейринтер; если это не помогало, то энергичное вмешательство в смысле скорейшего окончания родов».

Говоря о поворотах, автор не дает сведений о том, применялись ли при предлежаниях плаценты повороты по Braxton-Hicks. Между тем, среди 93 поворотов, произведенных за указанные 10 лет в акушерской клинике института по разным показаниям, было 4 поворота по Braxton-Hicks, произведенных, вероятно, при предлежаниях плаценты.

Таким образом, если мы сравним два периода деятельности института, период 1845—1859 гг. и период 1883—1893 гг., то едва ли мы можем утверждать, что второй период отличается от первого какими-либо успехами в вопросе лечения предлежаний плаценты.

Исход предлежаний плаценты за период 1883—1893 г. для матерей и детей выразился в следующем.

Исход для матерей	Число
Послеродовые заболевания	32,3
Смерть (от разрыва матки)	2,9

Исход для детей

Родилось мертвыми	65,7
Родилось мацерированными	2,8
Умерло вскоре после родов	11,4
Общая потеря новорожденных	80,0

Эти цифры свидетельствуют о большом благоприятном сдвиге в цифрах материнской смертности по сравнению с данными Гугенбергера, что стоит в прямой связи с введением в акушерстве асептики и антисептики, и об увеличении цифр мертворождаемости, чему в известной степени способствовали новые методы терапии — искусственное отделение плаценты и поворот по Braxton-Nicks.

Отчет Чапина за 1893—1897 гг. повествует от 26 случаях предлежания «последа». Отчет отличается краткостью сведений. Автор устанавливает две формы предлежания: центральное и краевое. В указанных случаях было 8 самопроизвольных родов, в 17 — поворот и извлечение, в 2 — только извлечение, в 1 случае — выжимание плода по Кристеллеру; вскрытие плодного пузыря применено 8 раз. Упоминаний о тампонаде и о расширении зева в отчете нет. Но из описания случаев смерти рожениц и родильниц за 1893—1897 гг. мы устанавливаем следующее: при кровотечении была применена тампонада иодоформной марлей, тампон промок и удален через 2 часа, обнаружено открытие зева почти в 3 пальца, произведен поворот на ножку и извлечение; роженица умерла от продолжающейся кровопотери; на вскрытии обнаружен разрыв матки.

Таким образом терапия предлежаний плаценты, применяемая в институте в период от 1893 до 1897 г., ничем не отличалась от терапии предыдущего периода. Никаких новых идей в этом вопросе или пересмотра старых позиций мы не видим.

Оживление в вопросе о предлежании плаценты мы можем отметить лишь в отчете А. В. Марковского за 1904—1907 гг. В этой работе впервые в институте поднимается вопрос о применении при предлежаниях плаценты метрейриза и абдоминального кесарского сечения.

Метод метрейриза, примененный впервые Мадуровичем в 1864 г. (Madugowicz) и нашедший к концу XIX века горячих защитников (выступление Дюрссена на съезде в Бреславле в 1893 г.), упоминается также и в работе В. В. Строганова за 1902—1903 гг. (в сборнике). Из этой работы мы узнаем, что «года 4 назад была попытка метрейриза при *placenta praevia* — неудачная. Баллон введен между последом и стенкой матки, лежал 14 часов, схваток не вызвал. Исход родов — сепсис, смерть».

Абдоминальное кесарское сечение, произведенное впервые при предлежании плаценты в 1893 г. Лодеманом (Lodemann), уже на I Съезде российских акушеров-гинекологов в 1903 г. было предложено в качестве одного из способов лечения предлежаний плаценты. К этому времени Рейн мог собрать в мировой литературе 10 случаев абдоминального кесарского сечения при предлежании плаценты (в том числе 2 в русской литературе).

Судя по отчету А. В. Марковского, в институте в период 1904—1907 гг. при предлежаниях плаценты ни метрейриз, ни тем более кесарское сечение ни разу не применялось (что свидетельствует об осторожности института в этом вопросе), но Марковский при оценке методов родоразрешения *placentae praeviae* считает метрейриз и абдоминальное кесарское сечение рациональными и рекомендует их в случаях кровотечений при неподготовленных родовых путях.

В отчете Марковского заслуживает внимания строго проводимое автором различие предлежания плаценты от низкого прикрепления плаценты, что является совершенно необходимым для ясного понимания клиники и терапии этих неодинаково протекающих осложнений.

Оценка методов родоразрешения при предлежаниях плаценты, изложенная Марковским в указанном выше отчете, точно так же, как и его выступление на III Съезде акушеров-гинекологов в 1911 г., не оказали большого влияния на укрепление новых идей в вопросе лечения предлежания плаценты в акушерской клинике института.

Это обнаруживается в работе Поволоцкой и Строганова, охватывающей 107 случаев предлежаний плаценты, наблюдаемых в институте с 1908 по 1923 г. Приводим из указанной работы перечень пособий в родах.

Примененное пособие	Число случаев
Тампонада	7
Тампонада и поворот	3
Поворот по Braxton-Hicks	12
Поворот по Braxton-Hicks и перфорация головки	1
Поворот полной рукой	21
Поворот и перфорация	1
Низведение ножки	10
Извлечение	2
Наружный поворот и низведение ножки	7
Перфорация головки	5
Щипцы	2
Метрейриз	9
Разрыв плодного пузыря	14

Этот перечень свидетельствует о сознательной защите методов вагинального родоразрешения при предлежаниях плаценты, о резком ограничении тампонады, об исключении методов насильственного родоразрешения, о допущении метода метрейриза. Общий характер терапии — бережность в отношении матери и недооценка в отношении плода. Смертность матерей на указанном материале составила 2,85%; мертворождаемость — 57,7%.

Надо сказать, что цифры материнской смертности при предлежаниях плаценты, опубликованные в работе Марковского, а затем в работе Поволоцкой и Строганова, действительно были настолько благоприятны, что их можно было противопоставить быстро растущему за рубежом увлечению абдоминальным методом родораз-

решения при предлежаниях плаценты. С этой точки зрения защита бережных вагинальных методов родоразрешения в работе Поволоцкой и Строганова должна быть расценена как признак осторожности и объективности в акушерских исканиях, что в значительной мере противодействовало излишнему увлечению абдоминальным путем родоразрешения.

Что это противодействие было необходимо и разумно, явствует из того, что некоторые акушеры (например Зелльгейм и Крениг) склонны были исключить все вагинальные методы родоразрешения при предлежаниях плаценты, заменив их кесарским сечением.

Эта осторожность и объективность в оценке абдоминального кесарского сечения при предлежаниях плаценты была присуща не только акушерской клинике института, но большинству русских акушеров. Недаром А. Ф. Пальмов, насчитав по данным мировой литературы к 1926 г. 435 случаев абдоминального кесарского сечения при *placenta praevia*, в русской литературе мог найти лишь 18 случаев этой операции.

В дальнейшем операция абдоминального кесарского сечения при предлежаниях плаценты нашла вполне разумную оценку акушерской клиники института, как метод выбора лишь при тяжело протекающих случаях предлежания плаценты, преимущественно при полных предлежаниях плаценты, живом и жизнеспособном плоде и неподготовленных родовых путях.

В обзоре деятельности института за 25 лет (1904—1929 гг.) Р. Г. Лурье приводит сведения о том, что из 124 абдоминальных кесарских сечений за указанный период в 101 случае операция была произведена по поводу узкого таза, в 8 случаях — по поводу предлежания плаценты. Среди показаний к кесарскому сечению предлежание плаценты в институте заняло второе место, как и в большинстве лучших акушерских клиник нашей страны (Илькевич, Леви и Селицкий).

В то же время окончательно определилось отношение к методу тампонады влагалища и шейки матки, который был совершенно оставлен.

Разумному внедрению абдоминального кесарского сечения как одного из методов лечения предлежаний плаценты в значительной мере способствовало направление советского родовспоможения, в котором твердо обнаружилось идеи защиты интересов ребенка в родах. Для акушеров стало ясно, что и в методе форсированного родоразрешения и в методе поворотов с дальнейшим выжиданием имеется противопоставление интересов матери и плода, конфликт между интересами матери и плода. Абдоминальное же кесарское сечение явилось той единственной операцией, в которой интересы матери и плода сочетались и объединялись.

В 1925 г. английский акушер Уиллет (Willet) предложил метод влечения за мягкие ткани головки помощью особого инструмента, дав ему название «*scalpsforceps*».

В 1928 г. Дельма (Delmas) воскресил метод форсированного родоразрешения, внося в него дополнение в виде спинномозговой анестезии.

Эти два новых метода были восприняты акушерской клиникой института с большой осторожностью. Метод Дельма был полностью отвергнут при предлежаниях плаценты, метод кожных щипцов нашел весьма скромное применение для случаев неполного предлежания, плаценты при мертвом или нежизнеспособном плоде.

Событием большой значимости в терапии предлежаний плаценты оказалось переливание крови. Со времени практического разрешения проблемы гемотрансфузии (1935 г.) институт стал активным защитником не только лечебного, но и профилактического значения переливания крови при предлежаниях плаценты во время беременности, в родах и особенно перед оперативным вмешательством. Развитию и укреплению этих идей в институте в значительной мере способствовала организация собственной лаборатории плацентарной крови.

Отказ от некоторых старых и нерациональных методов лечения предлежаний плаценты, введение абдоминального кесарского сечения, борьба за понижение высокого процента мертворождений при предлежаниях плаценты внесли коренные изменения в современные представления о рациональных методах лечения предлежаний плаценты.

Иллюстрацией этого может служить материал акушерской клиники института за 1938, 1939 и 1945 гг.

За этот период наблюдалось 30 случаев предлежаний плаценты.

Примененная терапия	Число случаев
Вскрытие плодного пузыря	8
Абдоминальное кесарское сечение	8
Метрейриз	3
Внутренний поворот	4
Поворот по Врахтон-Никс	4
Низведение ножки	2
Способ Delmas (попытка)	1
Материнская летальность равна нулю	—
Мертворождаемость—10 случаев	(33,3%)

Таким образом терапия предлежаний плаценты за 150 лет деятельности института совершила весьма значительную эволюцию, и те методы родоразрешения, которые применяются в настоящее время при предлежаниях плаценты, дали весьма благоприятные показатели материнской смертности и детской мертворождаемости.

В настоящее время акушерская клиника института пользуется в вопросе лечения предлежаний плаценты следующими положениями:

1. При возникновении кровотечения во второй половине беременности необходимо высказать предположение о предлежании плаценты.
2. При подозрении на предлежание плаценты беременная должна быть немедленно стационарирована и поставлена в условия строгого коежного режима. При недоношенной беременности, при отсутствии

родовой деятельности и при возможности выжидания, что определяется размерами и динамикой кровопотери, необходимо приложить все старания к продолжению беременности. В этих случаях, кроме постельного режима и строгого покоя, необходимо использовать опиум в суппозиториях или клизмах, хлористый кальций внутрь или в микроклизмах, переливание крови с гемостатической и гемопоэтической целью (Лурье), внутривенное введение витамина С, высококачественное питание. Если началась родовая деятельность, а также в случаях тяжелых кровотечений без родовой деятельности, надо избрать наиболее рациональный способ родоразрешения.

3. Выбор способа родоразрешения индивидуализируется в каждом случае и зависит от следующих моментов:

- а) размеры кровотечения и состояние матери,
- б) форма предлежания плаценты,
- в) степень открытия родовых путей,
- г) внутриутробное состояние плода (жизнеспособный или жизнеспособный, живой или мертвый),
- д) заинтересованность матери в сохранении жизни плода.

4. По клиническому течению случаи предлежания плаценты можно делить на тяжело протекающие и легко протекающие. К первой группе принадлежат преимущественно случаи полного предлежания плаценты, ко второй — преимущественно случаи неполного предлежания.

5. В группе легкого клинического течения вполне рациональны вагинальные методы родоразрешения, а именно: вскрытие плодного пузыря, поворот полной рукой (внутренний) при поперечных положениях, реже при головных предлежаниях, поворот по Braithton-Nicks, при сильно недоношенных и мало жизнеспособных плодах, низведение ножки при тазовых предлежаниях, кожные щипцы при мертвых или маложизнеспособных плодах (в исключительных случаях при живом и жизнеспособном ребенке). К абдоминальному родоразрешению в этой группе можно склониться лишь в интересах плода, если спасение жизни ребенка (вполне жизнеспособного) является главной целью матери, или при наличии моментов, осложняющих роды, помимо предлежания плаценты, как то: значительный возраст первородящей с неподатливыми или измененными тканями, фибромиомы матки, узкий таз, гигантский плод, преэкламптическое состояние и пр.

6. Группа тяжело протекающих случаев предлежания плаценты, особенно при мало подготовленных родовых путях, при наличии живого и жизнеспособного ребенка, требует абдоминального родоразрешения.

Что касается другого вопроса, которого мы попутно коснулись в настоящей статье, а именно вопроса терминологии, то не подлежит никакому сомнению, что термин «*placenta praevia*» может соответствовать только термину «предлежание плаценты».

Проф. А. Ф. ПАЛЬМОВ

История развития послеродового отделения в ЦИАГ за 150 лет

Нормальное послеродовое отделение Центрального института акушерства и гинекологии, или «императорской родильни», как назывался первоначально институт, должно было начать свою работу сразу же после его открытия 8 сентября 1797 г. Однако сведений о том, какого числа и месяца 1797 г. поступила в послеродовое отделение первая из двух разрешившихся здесь в этом году родильниц, не сохранилось. Нужно сказать, что за время с 1797 по 1844 г. не только о послеродовом, но и о прочих отделениях учреждения, именовавшегося также «Родильным госпиталем» с «Повивальной школой» при нем, имеются весьма скудные сведения. Известно лишь, что это учреждение, оборудованное на широкую ногу, за первые 47 лет своего существования, т. е. до 1844 г. включительно, смогло развить лишь довольно скромную деятельность. За эти 47 лет оно приняло для родов лишь 4217 рожениц, т. е. в среднем по 90 в год, или 7—8 рожениц в месяц, что соответствует работе 2—3-кроватьного колхозного родильного дома нашего времени.

Что касается медицинского обслуживания отделения, то оно соответствовало уровню научных знаний доантисептического периода, когда об антисептике и асептике акушеры, как и врачи прочих специальностей, не имели понятия, а диагностика и классификация болезней родильниц основывались на симптоматическом принципе. Если принять во внимание, что задача нормального послеродового отделения состоит в том, чтобы оградить здоровую родильницу от различных вредностей, главной из которых является инфекция, а сущность последней тогда еще не была раскрыта, то станет ясно, что акушеры того времени были безоружены в борьбе с главным своим врагом. Ясно также, что диагностика болезней, базировавшаяся на столь не-

надежном признаке, как симптом, не могла способствовать правильной разведке врага и своевременной изоляции заболевших родильниц от здоровых.

В течение следующего периода (1845—1859 гг.) были произведены архитектурные улучшения и расширение помещений института, благодаря чему число коек в учреждении выросло до 50. Это дало возможность не только отделить больных родильниц от здоровых, т. е. организовать для последних нормальное послеродовое отделение, а для больных — «лазарет», чего раньше не было, но и сделало возможным поочередное пользование палатами, производя в них генеральную уборку. В этот период (раньше общего признания идеи Semmelweis'a) в институте уже применялись многие профилактические мероприятия.

В отчете Гугенбергера описывается ряд гигиеническо-профилактических мероприятий против родильной горячки, принятых тогда в институте.

Если некоторые из приведенных профилактических мероприятий имеют примитивный характер, как, например, обработка перьев и волос, то почти все остальные пригодны и для нашего времени.

За разбираемый период (1845—1859 гг.) институт, а следовательно, и нормальное послеродовое отделение, значительно вырос в количественном отношении. Если в год открытия (1797 г.) было принято всего 2 роженицы, а в 1844 г. — 360, то в 1852 г. в институт поступило уже 687 рожениц, а в 1857 г. — 836. Всего за эти 15 лет (1845—1859 гг.) через институт, а следовательно, и через нормальное послеродовое отделение, прошло 8 036 женщин, т. е. в среднем по 535 в год, — по 44 в месяц. Что касается качественной стороны работы нормального послеродового отделения за это время, то хотя она в связи с проведением указанных выше профилактических мероприятий, сходных с рекомендованными Semmelweis'ом, не могла не улучшиться, тем не менее заболеваемость матерей осталась высокой — 20% на 8 036 разрешившихся, а умерло из них 3,81%. Причина понятна. Хотя идеи Semmelweis'a теоретически были известны, но на практике они реализовались медленно и с трудом.

Время директорства проф. Баландина (1874—1893 гг.) совпало с двумя великими событиями мирового значения: открытием микробов Пастером в 1866 г., давшим фактическое обоснование целесообразности мероприятий Semmelweis'a и им подобных, и введением листеровской повязки в хирургии в 1867 г. Начался век антисептики. Повивальный институт ревностно приступил к освоению обоих открытий. И нормальное послеродовое отделение стало *larga manu* применять антисептические средства: дезинфицирующие мыла, карболовую кислоту, а потом и сулему. Вместе с тем было обращено внимание на более четкое проведение ранее рекомендованных профилактических мероприятий. В результате нормальное послеродовое отделение стало давать меньший контингент больных для лазарета. Главный же результат сказался в резком снижении за 1874—1882 гг. смертности матерей — до 1,4% (против 3,04% за 1860—1874 гг.).

Вторая половина директорства проф. Баландина (1883—1893 гг.) нашла своего научного повествователя в лице д-ра С. Т. Виридарского, который составил подробный отчет о деятельности института за это время. В этом отчете изложены исчерпывающие сведения и о нормальном послеродовом отделении. В описываемое время это отделение имело уже 45 кроватей. Помещалось оно в двух этажах. Палаты были двухместные. Только две палаты вмещали по 5 коек. Здесь нормальные родильницы, т. е. имевшие температуру не выше 38°, оставались до своей выписки (на 9—10-й день после родов).

Уход за родильницами в нормальном послеродовом отделении состоял в следующем. Ежедневно 2—3 раза в день наружные половые части родильниц обмывались раствором сулемы, которая с 1884 г. заменила применявшийся ранее карболовый раствор, а с 1887 г., наряду с сулемой, стала применяться борная кислота в 2—4% растворе. При каждом обмывании, или «уборке», менялась вата, которой покрывались наружные половые части родильницы. Температура и пульс измерялись 5—6 раз в день. Ежедневно отмечалось обратное развитие матки измерением ее длинника и поперечника. Влагалищное исследование и спринцевание родильниц производилось при наличии показаний, но накануне выписки, т. е. на 8—9-й день, все родильницы обязательно исследовались *per vaginam*. Белье родильниц менялось через день, а подкладные простыни — при каждой уборке. Постель родильницы состояла из железной кровати, тюфячной наволочки, набитой чистой соломой, двух подушек, трех простынь (одной подкладной), резиновой ткани в 2 аршина и одеяла из моющегося материала. Все это каждая родильница получала в чистом виде при поступлении в послеродовое отделение. В смене белья экономии не соблюдалось.

Все заболевшие родильницы (т. е. с t° выше 38°) переводились в лазарет.

Заслуживает внимания, что проф. Баландин — ревностный поборник идей Semmelweis'a — впервые ввел в институте меры антисептики и дезинфекции не только по отношению к роженицам и родильницам, но и по отношению к учащимся, к акушерам, к врачам и ко всему обслуживающему персоналу, а также к помещению, инструментарию и к предметам ухода. Халаты должны были меняться ежедневно, а при надобности и чаще, платья же — при малейшем загрязнении. Проф. Баландин обращал строгое внимание на тщательное мытье всеми лицами персонала и ученицами своих рук мылом Джойса до локтя и выше, а затем раствором сулемы (1:2000), на полоскание рта 4% борным раствором и на очистку подошв обуви сулемовым раствором. То же требовалось и от младшего персонала (но платья полагались не белые, а серые). В послеродовых (как и в родильных) палатах периодически, а при надобности ежедневно, подвергались мытью и дезинфекции пол, стены, мебель, кровати, а иногда и потолки. Белье родильниц — носильное и постельное, стиралось и обрабатывалось строго определенным способом, с применением кипячения и дезинфицирующих средств. Той же процедуре подвергались тюфячные

наволочки для соломы и одеяла из моющейся ткани. Белье инфекционных больных мылось отдельно. Подкладная резина мылась в теплой воде с мылом, а затем вымачивалась в сулемовом растворе в течение 24 часов, а после инфекционных больных сжигалась.

Труды Баландина по внедрению идей и реализации мер профилактики в институте дали блестящие по тому времени результаты. Валовая смертность матерей за вторую половину его директорства (1883—1893 гг.) снизилась до 0,8% (против 3,04% за 1860—1873 гг., и против 1,41% за 1874—1882 гг.). Пропускная способность послеродового отделения за 1874—1893 гг. выразилась цифрой 13 020 выписавшихся, — 685 в год, 57 в месяц.

Далее следует период (с 1893 по 1929 г.) директорства проф. Дмитрия Оскаровича Отта — корифея русской гинекологии. Первые 4 года (неполных) деятельности института под руководством проф. Д. О. Отта описаны в отчете-диссертации д-ра Чапина. Там приведены данные и о нормальном послеродовом отделении, которые почти совпадают с теми, которые приведены в работе С. Т. Виридарского. Разница в немногом. Так, Чапин указывает, что температура измерялась, как правило, 2 раза в день (у Виридарского 5—6 раз); что на 3-й день родильницам обычно давалось слабительное (у Виридарского этого нет); что несколько раз в день производилось обмывание сосков родильниц (у Виридарского об этом не сказано); что выписка родильниц из учреждения производилась на 7—8-й день (у Виридарского на 9—10-й день). Чапин утверждает, что за отчетное время строже, чем прежде, проводились все мероприятия для обеспечения безгнилостного (а не только противогнилостного) ведения родов и послеродового периода. Свое утверждение он обосновывает на том, что результаты у него получились лучше, чем у Виридарского, несмотря на более неблагоприятные условия работы. Так, заболеваемость матерей у него 17%, у Виридарского — 20%; смертность матерей — 0,55%, у Виридарского 0,8%. Между тем при тех же размерах институтских помещений за истекший период разрешилось 5032 женщины, т. е. в среднем больше 1260 в год, 150 в месяц, — вдвое больше, чем у Виридарского. В то же время использование рожениц и родильниц для обучения учениц и врачей-практикантов резко увеличилось, так как число учащихся за этот период возросло в небывалых размерах.

С переходом института в 1904 г. в новое здание нормальное послеродовое отделение, как и другие отделения, лаборатории и кабинеты, получило обширное помещение с блестящим современным оборудованием. Оно разместилось в третьем этаже левого крыла центрального здания и было развернуто на 75 коек. Все оснащение (жесткий и мягкий инвентарь, инструментарий, предметы ухода, отопление, освещение, вентиляция, дезинфекционные камеры) было усовершенствованного типа, по новейшим образцам. Институт получил полную возможность реализации всех мер профилактики, гигиены, санитарии, асептики и антисептики, дезинфекции, изоляции больных и вообще

наилучшего обслуживания рожениц и родильниц. Многочисленным посетителям института, включая сюда и иностранцев всех рангов и разных специальностей, бросались в глаза: обилие белья, наличие во всех палатах умывальников с холодной и горячей водой; централизованная термометрия, дающая возможность регулировать температуру в любое время в любом помещении института; легко моющиеся полы из метлахской плитки в соответствующих помещениях; мощные дезинфекционные камеры, вмещающие целые кровати с принадлежностями: баня, души и многочисленные ванны для больных и персонала с круглосуточным действием; удовлетворяющая всем требованиям водолечебница; отделение прочих физических методов лечения, монументальная операционная; широкие штаты старшего, среднего и младшего персонала и т. п.

Клинический повивально-гинекологический институт под руководством блестящего ученого, клинициста и администратора Д. О. Отта быстро приобрел характер крупнейшего не только на своей родине, но и за границей клинического и научно-исследовательского учреждения.

Рост института как клинического учреждения виден из того, что за 4 года (с 1904 по 1907 г. включительно) число выписавшихся родильниц достигло 9492, по 2373 в среднем в год, по 198 в месяц, т. е. почти вдвое больше, чем у Чапина (за период с 1893 по 1897 г.), а за один только 1906 г. поступило 3464 роженицы (против 1448 за 1896—1897 гг.). Режим родильниц и уход за ними были в основном в этот и последующий период до Великой Октябрьской революции такие же, как и при Баландине и в первые годы директорства Д. О. Отта, как это описано Виридарским и Чапиным. Великая Октябрьская революция создала новое, совершенное законодательство об охране материнства и младенчества, которое повело к быстрому количественному и качественному улучшению акушерско-гинекологической помощи населению СССР. Но гражданская война и последовавшая разруха не могли не отразиться и на нашем учреждении. На некоторое время (1919—1920 гг.) институт был вынужден закрыться.

Однако с 1922 г., т. е. со времени включения института в госбюджет, он стал быстро оживать. В 1938 г. число поступлений достигло небывалой цифры — 9000 рожениц. За время с Великой Октябрьской революцией до Отечественной войны послеродовое отделение не только продолжало осуществлять баландинские и оттовские принципы режима родильниц и ухода за ними и за детьми, но и ввело ряд улучшений. Так, дети были отделены от матерей и организовано отделение новорожденных с своей территорией,¹ персоналом и оборудованием. Был придан свой штат врачей нормальному послеродовому отделению взамен врачей-визитеров из родильного отделения. Введен вместо ручного инструментальный способ уборки родильниц, наилучшим образом

¹ Это мероприятие с 1946 г. по предложению директора проф. С. А. Ягунова было заменено более совершенным.

обеспечивавший от занесения инфекции в половые пути родильниц. Исследование родильниц применяется только по показаниям. Отменено исследование *per vaginam*, бывшее обязательным накануне выписки. Введена в повседневный режим родильниц лечебная физкультура.

Дальнейшему прогрессу нормального послеродового отделения помешала внезапно разразившаяся в 1941 г. жестокая война с немцами — Отечественная война. Институт был закрыт, а его зданиям и всей материальной базе, как и всему Ленинграду, были нанесены большие разрушения.

Почти 3½ года институт служил нуждам фронта и был превращен в военный госпиталь.

Но уже с ноября 1944 г. он вновь начал свою обычную деятельность. По клинической линии акушерский отдел института за 2 месяца 1944 г. принял для родов 397 женщин, за 1945 г. — 5723, а за 1946 г. — 7152.

В настоящее время нормальное послеродовое отделение состоит из двух частей, — первое послеродовое отделение развернуто на 123 кровати и помещается в третьем (верхнем) этаже левого крыла главного здания; второе послеродовое отделение имеет 37 коек и находится во втором этаже того же крыла. Всего оно имеет 160 коек, т. е. вдвое больше, чем было запроектировано при переходе института в новое здание.

Штаты персонала обеих частей отделения представляются в следующем виде: 1 заведующий — профессор, 2 старших и 8 младших научных сотрудников — врачей; 30 акушерок, из них 2 старших медицинских сестры, 2 сестры-хозяйки и 2 перевязочных сестры; палатных санитарок 24 и 2 санитарки в перевязочных.

Нормальное послеродовое отделение принимает из родильного только «нормальных» родильниц, т. е. без повышенной температуры, без каких-либо источников возможной инфекции, как, например, общей — грипп, ангина и др., а также специфической — сифилис, гоноррея и т. п., или же с наличием гнойных поражений кожи, а также с преждевременными родами. Имеются специальные палаты для родильниц, перенесших полостные и влагалищные операции (кесарское сечение, щипцы, поворот и пр.), эклампсию, кровотечение, а также палаты для родильниц с гипертонией, нефропатией и с заболеваниями, не имеющими связи с беременностью и родами, например, с болезнями печени, сердца и пр.

Основная задача нормального послеродового отделения — профилактика против инфекции достигается путем специфического режима родильниц и ухода за ними. Ежедневно не менее двух раз производится «уборка», т. е. обмывание половых частей родильницы теплой кипяченой водой, но не с сулемой или карболовой кислотой, как раньше, а с слабым раствором марганцевокислого калия. Температура, как правило, измеряется 2 раза в сутки и только по показаниям — до 6 раз. Спорынья и другие сокращающие матку средства даются не всем родильницам, как раньше, а лишь по показаниям. То же от-

носится к исследованиям *per vaginam*. Бывшее прежде обязательным внутреннее исследование всех родильниц накануне выписки теперь не применяется. Нормальные родильницы встают не накануне дня выписки, как раньше, а на 4-й и даже иногда на 3-й день после родов. При швах — на 5-й день после родов. Клизма и слабительное назначаются по показаниям. С 1928 г. все родильницы, кроме больных и слабых, занимаются лечебной гимнастикой в подходящих для них формах. Выписываются родильницы на 8-й день и только в виде исключения на 7-й.

При повышении температуры до 38° или повторно выше $37,5^{\circ}$ родильницы переводятся в «сомнительное» отделение или в клинику послеродовых заболеваний.

В целях предупреждения контактной инфекции уже примерно 15 лет применяется вместо ручной, как прежде, инструментальная уборка родильниц.

Для профилактики заболеваний сосков, помимо мер обычной чистоты, практикуется мытье рук родильниц с мылом и обработка борным раствором сосков перед каждым кормлением и после. Марлевый тампончик, смоченный борной, подается на пинцете.

Для предупреждения капельной инфекции ребенка изо рта и носа матери, последние при каждом кормлении должны надевать марлевые маски. Такие же маски при всяком соприкосновении с родильницами (обследование, разговор и пр.) обязательны и для всех лиц обслуживающего персонала.

Послеродовое отделение широко пользуется имеющимися в институте лабораториями, отделением физических методов лечения, рентгеновским кабинетом и консультацией соответствующих специалистов для уточнения диагноза и методов лечения.

Хотя нормальное послеродовое отделение по идее принимает только здоровых родильниц, но фактически оно далеко не свободно от больных. Так, здесь находятся: 1) нелихорадящие родильницы, заболевания которых не связаны с беременностью и родами (болезни печени, кровеносных сосудов и сердца, почек и т. п.); 2) нелихорадящие родильницы, перенесшие эклампсию, кровотечение, ту или иную акушерскую или другую операцию и др.; 3) нелихорадящие родильницы с заболеваниями грудных желез (трещины сосков), матки (субинволюция) и т. д. Все эти родильницы нуждаются не только в уходе, но и в лечении, в применении различных методов клинического и лабораторного исследования.

Самым частым осложнением являются трещины сосков. Лечение состоит, помимо соблюдения строжайшей чистоты, в аппликации мази с 5% содержанием стрептоцида или в применении кварцевой лампы, а в показанных случаях — в кормлении ребенка через накладку. Эффективность такого лечения видна из того, что все родильницы с заболеваниями сосков выписываются из отделения с поджившими или с подживающими трещинами. Начинающиеся в отделении маститы — большая редкость.

Принимая во внимание специфику в состоянии родильниц и считая целесообразное питание важным лечебным фактором, врачи отделения в соответствующих случаях, как-то: при эклампсии, нефропатии, после серьезных оперативных вмешательств, после кровотечений и т. п., назначают соответствующее питание.

Благоприятные результаты дает применение специфической для родильниц гимнастики.

До начала второй мировой войны вопросам нормального послеродового периода уделяли мало внимания. Можно лишь указать на работы проф. В. В. Строганова — о раннем вставании родильниц, о режиме и лечении экламптичек в послеродовом периоде; на диссертацию д-ра Куколева — о лечении трещин сосков и пр.; на монографию Фейгеля и Шепетинской — физиология послеродового периода. В настоящее время, в связи со сталинским пятилетним планом, в институтский пятилетний план научной работы включено, в соответствии с физиологическим направлением в акушерстве, и нормальное послеродовое отделение, как база для научной разработки вопросов физиологии послеродового периода. В 1947 году проводятся работы по изучению: реактивности организма женщины в послеродовом периоде, — воздействия на лактацию, — профилактического действия цитотоксической сыворотки акад. Богомольца против послеродовых заболеваний, — лечебной гимнастики в послеродовом периоде.

Из всего изложенного видно, что за 150 лет деятельности Центрального института акушерства и гинекологии нормальное послеродовое отделение непрерывно развивалось как в качественном, так и в количественном отношении. В период отчета Гугенбергера оно стало не тем, чем было за первые 47 лет своего существования. При Баландине и Отте оно сделало дальнейшие успехи. Однако жизнь не стоит на месте. И после этих корифеев русской гинекологии институт сумел развить, дополнить и возвести на более высокую ступень уход за родильницами в соответствии с успехами науки и с завоеваниями Великой Октябрьской революции.

Из достижений последнего периода, касающихся нормального послеродового отделения, нужно отметить следующее:

1. Вместо полного отделения детей от матерей, введено комбинированное расположение палат детей рядом с палатами их матерей, что до минимума сокращает их доставку к матерям для кормления и обеспечивает их от «простудных» заболеваний, возможных при транспортировке их с дальних расстояний».

2. Введение «инструментальной» уборки (вместо практиковавшейся раньше ручной уборки), т. е. стерильным куском ваты или марли, захваченным стерильным корнцангом, преимущества какой не требует доказательств.

3. Применение масок при кормлении родильницами детей, а также масок для персонала, профилактическое значение чего трудно переоценить.

4. Санитарно-просветительная работа врачей (плановая) с родильницами, работа их по повышению квалификации среднего и

младшего медицинского персонала, а также работа заведующего отделением с врачами, целесообразность чего не подлежит сомнению.

5. Введение в повседневный режим родильниц лечебной физкультуры.

6. Выписка нормальных родильниц не раньше 8-го дня и лишь в виде исключения — на 7-й день.

Вот тот длительный путь развития, который проделало нормальное послеродовое отделение института от эмбриона, каким оно было в недрах нашей прабабки — «императорской родильни», до мощного организма — отделения на 160—190 коек, опирающегося на все достижения современной науки и техники, каким стало отделение ко дню своего 150-летнего юбилея.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

акusherlib.ru

Проф. Д. И. БУБЛИЧЕНКО

Клиника послеродовых заболеваний в ЦИАГ

Исторический очерк

Врождение многих акушерско-гинекологических учреждений не сразу выкристаллизовывалось в определенные формы. Вполне естественно, что и клиника послеродовых заболеваний при нашем институте оформилась не сразу в процессе развития разных разделов акушерско-гинекологической дисциплины.

Долгое время отделение для послеродовых заболеваний в институте фигурировало под названием лазарета. Этот термин был впервые применен к отделению на 6 кроватей, устроенному при Повивальном институте в 1844 г. Его учреждение мотивировалось тем, что «страдавшие женскими болезнями приходили в поликлиническое отделение с застарелыми, хроническими формами и, по отдаленности своих квартир, многие не могли пользоваться благодеяниями, предоставленными им в самом заведении, а на дому, не имея надлежащего присмотра, лишены были возможности приобретать необходимые лекарства». Лазарет был устроен согласно представленному плану д-ра Бирнбаума, а заведывание им поручено отдельному врачу (Вучиховскому). Поступающие в лазарет должны были платить «за каждый месяц нахождения в оном по 7 руб. 15 коп.». Согласно отчету Гугенбергера за 1845—1859 гг. видно, что еще в то время предусматривалась необходимость отделять больных родильниц от здоровых.

В 1874 г. Повивальный институт был разделен на 5 совершенно изолированных помещений, в том числе одно для рожениц, другое для здоровых родильниц и третье для заболевших родильниц. В этом отделении на каждую кровать приходилось 7,5 куб. саж. воздуха, не считая коридоров. Павильон имел свой особый медицинский и хозяйственный инвентарь и свой отдельный персонал с отдельным врачом. Такой изоляцией рожениц, здоровых и больных родильниц институт был поставлен в условия, существенно отличавшие его от подобных современных ему

учреждений. С этого времени собственно нужно считать вполне определенным отделением для послеродовых заболеваний, поскольку оно имело отдельное помещение, отдельный персонал (врачей, акушеров и санитарок) и отдельный инвентарь. Таким образом в 1944 г. исполнилось 100 лет зарождения и 70 лет самостоятельного существования отделения для послеродовых заболеваний в системе нашего института. До этого времени заболевшие родильницы выделялись в отдельные палаты, и визитация их врачами, а также уход за ними со стороны акушерского персонала производились после здоровых родильниц, как это делалось в небольших родильных учреждениях и до последнего времени.

При постройке Акушерско-гинекологического института в 1904 г. отдельного здания для отделения послеродовых заболеваний не было запланировано. Но так называемый лазарет, или отделение для послеродовых заболеваний, помещался в отдельном флигеле, который соединялся с главным зданием в двух этажах длинным и узким коридором и отделялся от него тремя дверями, а в нижнем, первом этаже — открытой аркой. Один ключ от дверей находился у надзирательницы отделения, другой — у дежурного врача. Двери открывались при необходимости перевода в лазарет заболевших рожениц и родильниц. Лазарет помещался во втором и третьем этажах флигеля. Во втором этаже была своя отдельная операционная, 2 родильные комнаты, стерилизационная, ванная, уборная и 3 обсервационные палаты на 2 койки каждая. Во второй половине второго этажа помещалось послеродовое отделение лазарета, то, что в последнее время называлось сомнительным отделением, состоявшее из 4 палат по 2 койки каждая, с ванной комнатой, буфетной и уборной. В третьем этаже лазарета помещались перевязочная, стерилизационная, бельевая, ванная, буфетная, 2 уборные (соответственно 2 уборным второго этажа) и 10 палат на 2 койки каждая. Таким образом весь лазарет был рассчитан на 28 коек (не считая родильных и обсервационных). Детские кроватки находились в одной палате с материнскими; уборка и пеленание детей производились на специальных пеленальных столиках, а в ваннных комнатах помещались специальные ванночки с душами для обмывания младенцев. В ваннных комнатах были устроены специальные металлические шкафчики для подогревания белья и пеленок, а в буфетных — для подогревания посуды и пищи. Последняя подавалась в отделения снизу через особые закрытые лифты, что исключало необходимость выхождения персонала из отделения.

В это отделение больные попадали или из родильного лазарета, или из нормального послеродового отделения.

Помимо лазарета, в том же флигеле в нижнем, первом этаже было устроено изоляционное отделение, совершенно обособленное и имеющее отдельный вход со двора. Оно в миниатюре представляло маленькое клиническое отделение и было оборудовано подобно остальным. В нем помещались: родильная комната, комната для родильниц, перевязочная, комната для дежурной акушерки, ванная, буфетная, уборная и широкий коридор. Это отделение предназначалось для инфекционных рожениц и родильниц, больных рожей, тифами, скарлатиной, дифтеритом и пр.

Поскольку отделение для послеродовых заболеваний, врачи и акушерский персонал были выделены в 1874 г., то с этого времени и занятия на курсах для акушерского персонала, а также и для врачей велись отдельно в этом отделении. Как бы предугадывая значение в будущем этого отдела акушерства, строитель института Д. О. Отт с самого начала открытия нового здания в 1904 г. назначил заведующим лазаретом д-ра медицины А. И. Замшина в звании профессора. Ближайшим его помощником был один из ассистентов в порядке циркуляции по отделениям института и сверхштатные врачи-экстерны по полугодиям. С этого времени, т. е. с 1904 г., лазарет, по существу, представлял собой уже отдельную клинику. Практика ближайших лет показала нецелесообразность частой смены ассистентов, и помощник проф. Замшина Сицинский остался работать в отделении бессменно (сперва в звании младшего ассистента, затем старшего) до 1912 г., когда он был избран профессором на кафедру акушерства и гинекологии Варшавского университета. Его заместителем с 1912 г. был автор настоящего очерка, получивший степень д-ра медицины в том же году и самостоятельно заведывавший отделением. На его обязанности лежало проведение теоретических и практических занятий по послеродовым заболеваниям на курсах усовершенствования врачей и учениц акушерской школы, руководство научно-исследовательской и клинической работой отделения. При клиническом отделении, помимо бактериологической лаборатории, обслуживавшей весь институт, но главным образом отделение послеродовых заболеваний, была оборудована своя клиническая лаборатория и кабинет учебных пособий.

Таким образом соответственно жизненным потребностям развивалась и создавалась клиника послеродовых заболеваний. С 1918 г. после Великой Октябрьской социалистической революции были регламентированы при институте кафедра и клиника послеродовых заболеваний, подобно тому, как создан специальный институт послеродовых заболеваний в Москве. Необходимость создания таких специальных учреждений обуславливалась тем, что акушерско-гинекологические кафедры медицинских институтов не уделяли и не могли уделять достаточного внимания отделу послеродовых заболеваний, несмотря на его жизненное значение как в научном, так и в практическом отношениях.

Официально клиника и кафедра послеродовых заболеваний были регламентированы Наркомздравом СССР в 1923 г. Штат клиники составляли: 1 профессор, 1 ассистент и 1 ординатор. Согласно объявленному Наркомздравом СССР в 1926 г. конкурсу были замещены и утверждены 3 августа 1926 г. должности профессора по кафедре послеродовых заболеваний и двух ассистентов при ней. При кафедре послеродовых заболеваний функционировали: клиника послеродовых заболеваний, кабинет с научными пособиями, клиническая лаборатория и бактериологическая лаборатория для специальных работ клиники послеродовых заболеваний и для обслуживания других клиник института. В клинической лаборатории велись также практические занятия по гематологии. Впоследствии бактериологическая лаборатория выделилась в самостоятельную единицу, а занятия по гематологии велись в специ-

ально организованной для всего института клинической лаборатории. Таким образом кафедра и клиника послеродовых заболеваний организованы после Великой Октябрьской революции.

Что кафедра послеродовых заболеваний возникла впервые именно при нашем институте, не было простой случайностью. Акушерско-гинекологический институт — старейшее акушерско-гинекологическое учреждение СССР, с 1904 года перешедшее в новое, специально для него построенное и оборудованное здание, стал самостоятельной высшей школой для врачей акушеров-гинекологов. В задачи его, как научно-исследовательского учреждения и высшей школы для врачей по акушерству и гинекологии, согласно уставу, входила также разработка акушерско-гинекологической дисциплины в различных направлениях, в том числе и в сторону изучения послеродовой заболеваемости. В процессе дифференциации акушерско-гинекологической дисциплины последовательно выделились клиника физиологии и патологии беременности, неоперативной гинекологии, отделение физических методов лечения, позднее — клиника женской урологии и др. Таким образом углубление работ в сторону борьбы с послеродовой инфекцией в процессе дифференциации создало учение о послеродовых заболеваниях, как особую дисциплину, подобно тому, как в свое время общая медицина выделила акушерство и гинекологию, бывшие одно время придатком к кафедре судебной медицины, как впоследствии хирургия выделила в отдельные кафедры урологию, одонтологию и т. д.

В Москве в 1910 г. был оборудован специальный институт для послеродовых заболеваний во главе с видным специалистом проф. Илькеевичем, который читал курс послеродовых заболеваний при Московском университете сначала в звании приват-доцента, а затем с 1918 г. в звании профессора Московского медицинского института. В 1924 г. была учреждена вторая в СССР кафедра послеродовых заболеваний при II Московском государственном университете. И здесь, вопреки установившемуся в царской России обычаю — заимствовать нововведения из-за границы, СССР пошел впереди западных стран. Это объясняется тем, что в СССР охрана материнства вошла в ряды государственных задач и пользуется большим вниманием партии и правительства, вследствие чего организация охраны материнства и младенчества у нас стоит неизмеримо выше, чем в других странах. Необходимость создания таких специальных учреждений, как институты и клиники послеродовых заболеваний, обуславливалась еще и тем, что нормальное акушерство не уделяло и не может уделять достаточно внимания послеродовым заболеваниям, как это указывалось выше. Только создание специальных учреждений могло обеспечить прогрессивное движение учения о послеродовых заболеваниях.

Однако, несмотря на широко развернувшуюся клиническую и научно-исследовательскую работу (с 1918 по 1927 г. из клиники вышло 33 печатных работы), в 1926 г. был поднят вопрос о переименовании клиники послеродовых заболеваний в отделение акушерской клиники и через совет института это предложение направлено в НКЗ. Оно было

отклонено и клиника послеродовых заболеваний продолжала оставаться под прежним названием.

В 1927 г. наш институт в отношении преподавания перешел в систему ГИДУВа, и стал базой для акушерско-гинекологической клиники ГИДУВа, но клиника послеродовых заболеваний как составная часть института осталась до настоящего времени.

С 1928 г. были отведены в поликлинике института определенные часы для консультаций по послеродовым заболеваниям с целью установить связь между послеродовыми заболеваниями и гинекологическими. Со времени выделения филиала по послеродовым заболеваниям из Акушерско-гинекологического общества в Ленинграде клиника послеродовых заболеваний возглавляла этот филиал.

В 1946 г., согласно постановлению Министерства здравоохранения СССР, было произведено разделение на сомнительное отделение и собственно клинику послеродовых заболеваний. Согласно этому постановлению собственно клиника послеродовых заболеваний состоит из 6 палат по 4 койки в каждой и 1 палаты, где помещается 3 койки. т. е. вмещает 27 коек. При клинике имеется перевязочная, кабинет для физических методов лечения, 3 детские палаты, бельевая, буфетная, ванная и 2 уборные.

До Великой Октябрьской революции в так называемом лазарете (сомнительное отделение и клиника послеродовых заболеваний) работало всего два врача. Основная работа выполнялась врачами экстернами, количество которых не было ограничено и приблизительно в 2—3 раза превышало количество штатных врачей. Компенсацией за их работу являлась возможность повышения своей квалификации и выполнения научно-исследовательской работы. Этими врачами-экстернами выполнялась как клиническая работа, так и, в особенности, научно-исследовательская, ради которой они нередко приезжали, выбирая себе темы для докторских и кандидатских диссертаций и начиная, а иногда и полностью заканчивая их в институте. В 1926 г. конкурсной комиссией Наркомздрава СССР были зафиксированы за клиникой послеродовых заболеваний 2 штатных ассистента и 5 сверхштатных ординаторов, которые были замещены впоследствии клиническими ординаторами и аспирантами.

В настоящее время штат клиники послеродовых заболеваний составляют: профессор — 1, старший научный сотрудник — 1, научные сотрудники — 2, старшая медицинская сестра — 1, сестра перевязочной — 1, акушерок — 9 и младшего персонала — 11. В сомнительном отделении на 22 койки работают: профессор — 1, старший научный сотрудник — 1, научных сотрудников — 2, старшая медицинская сестра — 1, акушерок — 8 и младшего персонала — 9. Перевязочная обслуживается дежурной сестрой и санитаркой родильной комнаты акушерской клиники.

Как уже упоминалось, бывшие отделения, в настоящее время клиники, помещаются во втором и третьем этажах. В первом этаже находится приемный покой. Больные поступают двумя потоками: через

приемный покой и из нормального послеродового отделения, а в исключительных случаях — из клиники патологической беременности и оперативной гинекологии.

Показаниями для изоляции родильниц являются: двух-трехкратные повышения температуры выше 37,6° в послеродовом периоде, признаки гнилостного разложения лохий или гнойные выделения, заболевания гриппом, ангиной и повышения температуры невыясненного характера, больные с воспалительными процессами на коже (без гнойников), больные сифилисом и туберкулезом. В клинику послеродовых заболеваний переводятся больные с уже определившимися септическими заболеваниями, с локализованными за пределами матки, больные эндометритом и резорбционными лихорадками с температурой выше 38° в течение 2 дней, с септическими выкидышами и с острыми инфекциями (рожа, пневмония, тифы), больные пиелитом, гнойным маститом и другими гнойными воспалениями.

В задачи таких учреждений, как клиника послеродовых заболеваний, входят: 1) изучение разнообразных проявлений послеродовой инфекции (клинических форм) и разработка методов предупреждения и лечения послеродовых заболеваний; 2) педагогическая деятельность по подготовке акушерского персонала в области послеродовых заболеваний, а также изучение особенностей ухода за послеродовыми больными; 3) научно-исследовательская работа по изучению послеродовых заболеваний, чему мало уделяет внимания нормальное акушерство; для этой цели такие учреждения должны быть обставлены хорошо оборудованным клиническим учреждением, кабинетом учебных пособий, лабораторией и другими вспомогательными учреждениями; 4) разработка и накопление материалов (таблиц, рисунков, диаграмм и пр.) для педагогической и для популярной санитарно-просветительной работы. Первые две задачи клиника разрешала с начала своего зарождения, третью и четвертую — с того времени, когда во главе института стал Д. О. Отт.

Клиническая работа

За отдельные периоды существования института клиническая работа по послеродовым заболеваниям шла в различных направлениях в зависимости от многих условий: количества и категории больных, взглядов и направлений, господствовавших в вопросах диагностики, профилактики и терапии, и пр. Сама классификация послеродовых заболеваний вначале была довольно своеобразной. Поэтому статистические данные о заболеваемости и смертности должны оцениваться *сиграно салис*. Тем не менее они представляют значительный интерес, поскольку захватывают доантисептический период, его развитие и полное внедрение в акушерскую практику антисептики и асептики.

Само собой разумеется, что в доантисептический период заболеваемость и смертность родильниц достигали значительных цифр, несмотря

на то, что в то время в институте уже проводился ряд профилактических мероприятий. Так, из отчета директора института Гугенбергер за 1845—1859 гг. видно, что в то еще время предусматривалась «возможность не только отделять больных родильниц от здоровых, но также пользоваться палатами попеременно и очищать их. Незанятые палаты во всякое время года проветривались открыванием окон и дверей, занятые же палаты — окуриванием уксусом, хлором и можжевельником». Очищение тюфяков и подушек производилось таким образом: «Набивка их вынималась и они выпаривались и вымачивались. Волос и перья ставились в тонких деревянных корзинах в сильно нагретую печь, которую д-р Этлингер по примеру Буша выстроил в подвале собственно для этой цели... Простыни сменялись ежедневно, одеяла после каждой родильницы. Строжайшим образом возбранено безразличное¹ употребление белья, подкладных суден. Прислуга, бабки и врачи имели совершенно отдельный круг действий и им строго воспрещен был уход в одно и то же время за здоровыми и больными родильницами. Директор и врачи делали ежедневные визитации сперва здоровых, потом больных. Строго запрещено было посещение родильной комнаты и исследование беременных и рожениц после вскрытий и прикосновения к нечистым ранам. Самые вскрытия производились только после окончания утренней визитации; ученицам при этом быть не позволялось; прислужница в покойницкой, находившейся в отдельном месте на дворе, могла возвратиться в главное здание не иначе, как предварительно сменив платье и очистив себя самым тщательным образом». С горечью Гугенбергер писал, что «обмывание рук хлором в покойницкой аккуратно производится, в палатах же и в родильной не всегда исправно».

Таким образом изоляция родильниц и антисептика тем же хлором производились в Повивальном институте в то время, когда Земмельвейса еще осмеивали за это на его родине. (Земмельвейс защищал свою диссертацию о родильной горячке в 1850 г. и умер в 1865 г., «не дожив до торжества своих идей» — Гентер).

Далее по отчету Гугенбергера следует, что «сверх того предпочитали сокращать слишком продолжительные роды своевременными оперативными пособиями и особенно не оставлять слишком долго в матке младенцев, умерших во время родов».

Несмотря на проводившиеся в институте профилактические мероприятия, заболеваемость и смертность достигали значительных цифр. Гугенбергер констатировал, что после появления первого случая родильной горячки происходил дальнейший ее перенос, по его мнению потому, что «проступки в правилах касательно белья, простынь, одеял, соломенников, матрасов, подушек, подкладных суден и других принадлежностей часто наказывались, но, вероятно, также часто не открывались». Нельзя не отметить, что до Гугенбергера за период с 1797 по 1844 г. заболеваемость и смертность были сравнительно не-

¹ Т. е. без выделения отдельных предметов ухода для больных и здоровых.

большими. Смертность равнялась 1,58% (на 1961 роды). Это можно объяснить малым количеством разрешавшихся. Так, до 1833 г. число разрешившихся за год не превышало 31. С 1834 г. оно стало значительно возрастать и в 1844 г. достигло 360, а вместе с тем и смертность поднялась до 2,5%. Общая заболеваемость исчислялась в 11,8%. Большой интерес представляет своеобразная классификация послеродовых заболеваний. Упоминались следующие заболевания: родильная горячка — у 10 (0,5%) женщин, воспаление яичников и брюшины у 8 (0,4%), воспаление матки у 20 (1,0%) и разные лихорадки у 56 (28,0%) женщин.

Из лихорадок перечислялись следующие: молочная лихорадка, гектическая, ревматическая, гастрическая и нервная. Можно думать, что среди этих лихорадок в значительном количестве фигурировали общие септические заболевания: под флагом гектических лихорадок шли пиэемические формы, и ревматическими считались септикопиемии с поражением суставов и сердечных клапанов.

Как отголосок прежней классификации и в настоящее время можно встретить у больных убеждение о молочной лихорадке при нагрубании грудных желез и о повышении температуры вследствие нервного расстройства.

Лечение послеродовых заболеваний, само собой разумеется, проводилось своеобразно и не систематически. Некоторые выводы по лечению послеродовых заболеваний представляют интерес не только с исторической точки зрения. По словам Гугенбергера, «если профилактика не всегда достигает цели, то лечение оказывалось еще более ненадежным». Уже в то время проводились попытки лечения по отдельным формам заболеваний. По наблюдениям Гугенбергера, при септицемии всякое лечение оказывалось безуспешным. При гноящихся язвах промежности применяли угольный порошок для присыпки (не так давно рекомендованный Келером для лечения послеродовых заболеваний). Уже в то время при эндометритах применялись промывания матки раствором хлорной извести, ляписа или квасцов. По мнению Гугенбергера, местное лечение при эндометритах «всегда производило заметную пользу, общее же — редко». Охотно употребляли для успокоения родильниц опиаты в тех случаях, где предшествовавший родовой акт причинял чрезмерную раздражительность нервной и сосудистой системы. Тепло (согревающий компресс) предпочитали холоду (как в клинике Бумма в 20-х годах настоящего столетия). При пиемии применяли хинин. При метроперитонитах применялись вначале кровопускания, затем от них отказались. Гугенбергер положительно отзывался о пьевках (недавно рекомендованных при послеродовых тромбфлебитах), поскольку они дают уменьшение болей. Некоторые способы применявшегося тогда лечения в настоящее время представляются достаточно курьезными. Так, для лечения применялись каломель внутрь, *nitrum* (селитра?), *tartarus stibiatus*. Но рекомендовался также дигиталис, как возбуждающие — камфора, мускус. Между прочим рекомендовались минеральные кислоты (фосфорная) как жаропонижающее — хинин.

По отчету Гугенбергера за 1845—1859 гг. на 8036 родов умерло 306 (3,81%) женщин, так как вследствие значительной концентрации родильниц создавалась указанная Гугенбергером возможность возникновения родильной горячки, и заболеваемость колебалась по разным годам от 3,0 до 25%, а смертность — от 1,4 до 6,3%. Это и побудило Гугенбергера обратить особое внимание на профилактику мерами антисептики.

Послеродовые заболевания разделялись на 2 следующие группы.

I. Послеродовые заболевания с локализацией

	Число больных	Умерло
1. Легкая metroperitonitis	278	0
2. Легкая endometritis	306	0
3. Тяжелая metroperitonitis	346	116
4. Тяжелая endometritis	79	30
5. Тяжелые metrophlebitis и pyaemia	123	78

II. Послеродовые заболевания без локализации

1. Легкая febris inflammatoria	88	0
2. Тяжелая septicemia acuta	14	14
Всего	1234	238(18,5%)

Таким образом смертность от послеродовых заболеваний достигала 18,5% по отношению ко всем заболевшим. Весьма интересна с точки зрения этиологии попытка Гугенбергера выявить заболеваемость по временам года, попытка, вполне понятная с точки зрения миазматической теории происхождения послеродовой инфекции и не потерявшая интереса также в настоящее время. Складывая заболеваемость и смертность по отдельным месяцам за весь отчетный период, Гугенбергер получил значительные колебания заболеваемости от 9,7% в июле до 22,7% в ноябре, и смертности — от 1,2% в июле до 5,6% в феврале (наибольшую — зимой и наименьшую — летом). В то время выкидыши не так отягощали материнскую смертность, как в настоящее время. За период с 1860 по 1873 г. на 14 168 поступивших было 881 (6,3%) с преждевременными родами и только 82 (0,6%) с выкидышами. Из всех поступивших заболело 3777 (26,65%), из них послеродовыми заболеваниями 1863 (13,14%).

С 1874 г. директором Повивального института Баландиным были введены строгие меры антисептики и дезинфекции. Они дали значительное снижение заболеваемости и смертности. Так, за 1874—

1882 г. на 7262 разрешившихся умерло 103 (1,4%), из них от септических заболеваний всего 0,85%. За последние 4 года этого периода (1878—1882 гг.) смертность от септических заболеваний составила всего 0,51%.

За период с 1883 по 1893 г., по отчету Виридарского, на 5764 родильницы лихорадило 1177 (20,5%). Из них было послеродовых заболеваний 5,5%, лихорадило без локализации септического процесса 628 (10,9%), от заболеваний грудных желез — 98 (1,7%) и от непослеродовых заболеваний 133 (2,3%). Умерла 51 (0,88%) женщина, в том числе от послеродовых заболеваний 15 (0,26%) и от заболеваний, связанных с беременностью и родами, — 17 (0,29%). По отношению к заболевшим смертность составила 4,3%, а от послеродовых заболеваний (15 на 262) — 5,7%.

По отдельным формам заболевания распределялись следующим образом.

Послеродовые язвы и кольпиты	34 (13,0%)
Эндометриты	147 (56,1%)
Заболевания, локализованные за пределами матки	64 (24,4%)
Общие гематогенные заболевания	5 (1,9%)
Перитониты	11 (4,2%)
Тромбофлебиты бедренных вен	1 (0,4%)
Всего	262

В этом отчете мы встречаемся уже с достаточно определенной классификацией отдельных форм послеродовых заболеваний.

На 150 выкидышей было 30 заболеваний (20%) и ни одного смертельного исхода. Волна криминальных выкидышей поднялась позже.

Такое снижение собственно послеродовой заболеваемости и смертности Виридарский объясняет тщательной асептикой и антисептикой, которые широко внедрились в практику учреждения за этот период.

В лечении самих послеродовых заболеваний не было определенных установок. Местно назначался холод на низ живота, внутрь — хинин и порошок спорыньи аа 0,3 × 3 в день, сердечные средства; подкожно — камфора и кофеин; при тяжелых заболеваниях — подкожное введение противострептококковой сыворотки по 10—20 куб. см ежедневно несколько дней подряд. Иногда назначались втирания в кожу коллоидальной серебряной мази Креде.

По отчету Чапина за 1893—1897 гг., из общего числа 5032 женщин со срочными, преждевременными родами и выкидышами (186) лихорадило всего 10,3% и умерло 0,53%, из них от послеродовых заболеваний — 0,17%, от заболеваний, связанных с беременностью и ро-

дами, — 0,27% и непослеродовых — 0,69%. Послеродовые заболевания (346) разделялись следующим образом:

Септицемия	4	}	(2,0%)
Пиемия	2		
Септикопиемия	1		
Белая болящая опухоль бедра	1		
Перитонит	2		(0,6%)
Перипараметрит	12		(3,5%)
Эндометрит	251	}	(89,5%)
Эндометрит с осложнениями	5		
Кольпит	15		(4,3%)

Из всех больных умерло 9 (2,6%) на все число заболевших. Таким образом как заболеваемость и смертность по отношению ко всем роженицам, так и смертность по отношению к заболевшим значительно снизились, особенно последняя (с 18,5% по отчету Гугенбергера до 2,5% по отчету Чапина), что можно объяснить введенными Баландиным мерами асептики и антисептики против тяжелых инфекций.

Классификация послеродовых заболеваний у Чапина по своему построению близко стоит к классификации Виридарского.

За период с 1904 по 1907 г. на 8538 родов лихорадило в послеродовом периоде 603 (7,1%) женщины, из них от заболеваний, связанных с родами, — 97 (1,1%) и от непослеродовых заболеваний — 167 (1,9%). За этот период заболеваемость оказалась еще более низкой, чем по отчету Чапина. Такая низкая заболеваемость и смертность после родов имела место за этот период, несмотря на то, что роженицы широко использовались для педагогических целей. Каждая роженица подвергалась влагалищному исследованию 4 лицами иногда до 6 раз, следовательно всего 24 раза. Обработка рожениц производилась самым тщательным образом.

Умерло всего 19 (0,22%) женщин, из них от септических заболеваний 7 (0,08%), от эклампсии 5 (0,06%) и от непослеродовых заболеваний 7 (0,08%). На все число лихорадивших после родов (603) умерло от септических заболеваний 7 (1,2%).

Излюбленным способом лечения в этот период была так называемая «перевязка матки» по Сицинскому — промывание матки холодным раствором сулемы, горячим — борной и дренаж иодоформовой марлей на 6—12 часов. По данным автора, за 5 лет (с 1902 по 1907 г.) на 410 лихорадивших родильниц, лечившихся таким образом, умерло 3 (0,7%).

За это время уже значительно увеличилось количество выкидышей и смертельных исходов от них: на 1016 женщин с выкидышами лихорадило 158 (15,5%) и умерло 10 (0,98%), т. е. в 10 раз больше, чем после родов. Все выкидыши, в том числе и инфицированные, лечились активно, выскабливанием при беременности до 3 месяцев и консервативно при беременности свыше 3 месяцев, если плодное яйцо выходило целиком. В противном случае при задержании больших частей плодного

яйца и достаточном открытии зева сперва применялось пальцевое удаление и затем выскабливание тупой петлей. В заключение производилась «перевязка матки» по Сицинскому.

За период с 1907 по 1917 г. на 24 107 родов лихорадило 2033 (8,43%) и умерло 77 (0,32%) женщин, из них от септических заболеваний 47 (0,19%) и от несептических — 0,13%. На все число лихорадивших (2033) септическая смертность (47) составила 2,1%. Обработка рожениц производилась таким же образом, как и в предыдущий период, но недостаток мыла и дезинфицирующих растворов в последние 2 года не давал возможности производить санитарную обработку рожениц в такой мере, как это практиковалось раньше.

Лечение послеродовых заболеваний производилось так же, как и в отчетный период Сицинского, хотя местное внутриматочное лечение в последние годы применялось реже. Более широко практиковалось общее противосептическое лечение — введение противострептококковой сыворотки подкожно и вливание колларгола внутривенно.

Количество выкидышей за этот период возросло еще больше. На 5080 женщин с неполными выкидышами лихорадило уже 1671 (32,89%), хотя умерло только 37 (0,73%) на все число выкидышей, из них от сепсиса 36 (0,71%). На все число лихорадивших женщин с выкидышами (1671) умерло от сепсиса 36 (2,1%). Лечение инфицированных выкидышей за этот период было также активным — применялись выскабливания с последующей перевязкой матки по Сицинскому. Как большое количество выкидышей, так и большая заболеваемость указывают на то, что с 1904 г. значительное количество выкидышей было криминального происхождения и что выделение заболеваемости и смертности от них, сделанное впервые в отчете за 1904—1907 гг., было правильным. Выделение преждевременных родов показало, что они дают значительно большую смертность, чем срочные роды. По данным за 1913—1927 год смертность от срочных родов, преждевременных и выкидышей распределялась так:

Таблица 1

Смертность	Срочные роды 20358		Преждевр. роды 1430		Выкидыши 6167	
	Число умерших	‰	Число умерших	‰	Число умерших	‰
Септическая	39	0,19	6	0,41	37	0,6
Несептическая	45	0,22	20	1,4	8	0,13
Общая	84	0,41	26	1,81	45	0,73

Таким образом наибольшую общую смертность дают преждевременные роды, меньшую — выкидыши и наименьшую — срочные роды. Септическая смертность — наивысшая после выкидышей, второе место занимают преждевременные роды и последнее — срочные роды.

Основной задачей клиники послеродовых заболеваний в послереволюционном периоде являлось изучение отдельных форм послеродовых заболеваний и удельного веса их в общей сумме осложнений послеродовой инфекцией, далее изучение способов и методов диагностики, а также дальнейшее изучение путей профилактики и лечения послеродовой инфекции.

В систематике и классификации послеродовых заболеваний и до настоящего времени нет единства во взглядах. Клиника послеродовых заболеваний института с 1918 г. придерживалась той классификации, по которой приведены цифровые данные за все последующие периоды. Обоснования приведены в руководствах проф. Б у б л и ч е н к о: «Руководство к изучению лихорадочных послеродовых заболеваний» (1930 г.) и «Патология послеродового периода» (1939 г.).

Данные о заболеваемости и смертности охватывают отдельные периоды с 1918 по 1928 г. включительно, с 1929 по 1936 г. включительно (год издания декрета о расширении акушерской помощи и запрещении внебольничных абортов), с 1937 по 1941 г. (до начала войны, когда институт был закрыт и использован для нужд военного времени) и с 1944 г., когда институт вновь начал работу по своему назначению.

За период с 1918 по 1928 г. на 15 412 родов лихорадило всего 1339 (8,7%) женщин, умерло 65 (0,42%), из них от септических заболеваний 45 (0,29%). На 1339 лихорадивших после родов умерло 59 (3,64%). За исключением лихорадивших от послеродовых заболеваний, на 1109 больных умерло 47 (4,24%). Таким образом общее число лихорадивших было почти таким же, как в предыдущем периоде, но смертность как общая, так и септическая была несколько выше (за 1907—1917 гг. общая — 0,32%, септическая — 0,19%, а септическая по отношению ко всем лихорадившим за предыдущий период — 2,1%). Это повышение смертности могло зависеть: 1) от особенностей лечения, 2) от случайного подбора больных, 3) от большей неустойчивости по отношению к инфекции в результате лишений, связанных с тяжелой империалистической войной и последующей интервенцией. От общих септических заболеваний (126) умерло 45 (35,7%) женщин.

На 4528 неполных выкидышей лихорадило 870 (19,2%) женщин, умерло 35 (0,79%). На все число лихорадивших (870) умерло 27 (3,1%) и от собственно послеабортных заболеваний (795) умерло 25 (3,1%) женщин. Таким образом процентное отношение лихорадочных выкидышей осталось почти одинаковым сравнительно с предыдущим периодом, но смертность, как и после родов, оказалась более высокой.

Заболеваемость и смертность за период с 1918 по 1928 г. представлена в табл. 2.

Из этих данных видно, что общие септические заболевания составляли около $\frac{1}{10}$ (9,4%) всех лихорадящих после срочных и преждевременных родов; заболевания, локализованные за пределами матки, —

Таблица 2

Заболеемость и смертность в клинике послеродовых заболеваний за период с 1918 по 1928 г. включительно

Диагноз	После срочных и преждевременных родов		После выкидышей	
	заболело	умерло	заболело	умерло
I. Общие септические заболевания . . .	126 (9,36%) ¹	45 (36,71%)	31 (3,1%) ¹	23 (56%)
из них:				
Септицемия	17	13	6	6
Септикопиемия	45	25	7	9
Пиемия	12	2	6	1
Тромбофлебит	48	2	5	—
Разлитой перитонит	4	3	7	7
II. Септические заболевания с локализацией инфекции за пределами матки	93 (6,9%)	1 (1,07%)	147 (16,9%)	2 (1,36%)
из них:				
Пельвеоперитонит	21	—	48	2
Параметрит	5	—	5	—
Перипараметрит	33	1	31	—
Воспаление придатков	34	—	63	—
III. Заболевания с локализацией инфекции в родовых путях	785 (58,6%)	1 (0,12%)	617 (70,9%)	—
из них:				
Эндометриит	262 (19,0%) ²	1 (0,37%)	48 (5,5%) ²	—
Лихорадочный выкидыш	—	—	523 (66,8%)	—
Лихорадка во время родов	45	—	1	—
Послеродовые язвы	49	—	1	—
Лохиометра	101	—	—	—
Другие резорбционные лихорадка	280	—	19	—
Гоноррея	48	—	25	—
V. Лихорадка без локализации	105 (7,81%)	—	7 (0,9%)	—

Диагноз	После срочных и преждевременных родов		После выкидышей	
	заболело	умерло	заболело	умерло
V. Лихорадочные заболевания, связанные с родами или выкидышами . . .	89 (6,61%)	—	2 (0,3%)	—
из них:				
Мастит	70 (6,2%)	—	—	—
Пиелит	19	—	—	—
VI. Непослеродовые лихорадочные заболевания	141 (10,48%)	12 (8,51%)	66 (7,4%)	2 (3,33%)
Итого лихорадило	1339	59 (3,64%)	870	27 (3,07%)
VII. Нелихорадочные заболевания, связанные с родами .	326 (17,4%)	—	11 (1,0%)	—
из них:				
Частичное задержание оболочек после	29	—	5	—
Субинволюция . . .	199	—	5	—
Расхождение швов .	93	—	1	—
Эклампсия	5	1	—	—
VIII. Непослеродовые и нелихорадочные заболевания	207 (11,1%)	5	181 (17,0%)	—
Итого нелихорадочных заболеваний .	533	—	192	—
Всего	1872	—	1062	—

¹ Заболеваемость лихорадящих по группам вычислена в процентном отношении к числу лихорадящих после родов и после абортов отдельно; кроме того, вычислен общий процент лихорадочных заболеваний по отдельным группам по отношению ко всем лихорадящим (после абортов и родов вместе).

² Процент эндометритов после родов и абортов вычислен отдельно и в общий счет не входит.

6,9%; локализованные в родовых путях заболевания составляли 58,6%. Больных с маститами было 5,2%. Кроме лихорадочных заболеваний, связанных с родами, через клинику прошло 17,4% нелихорадивших после родов и 11,1% послеродовых и нелихорадивших женщин, попавших в клинику не по назначению.

После абортов значительно чаще наблюдались заболевания с локализацией инфекции за пределами матки (16,9%). Значительную часть их составляли воспалительные заболевания придатков и тазовой брюшины, которых гораздо больше наблюдалось после аборт, чем после родов, в противоположность параметриту, которым чаще осложнялись роды. Инфекция после аборт (в большинстве криминальных) протекала значительно тяжелее и чаще заканчивалась смертельным исходом после общих септических заболеваний в связи с абортами (56%), чем после родов (36,7%). В течение этого периода в связи с более консервативным ведением инфицированных ранений по опыту первой мировой войны местное активное лечение послеродовой инфекции промываниями матки постепенно отходило на задний план. Все больше и больше завоевывало внимание общее стерилизующее лечение. Однако опыты в клинике с применявшимся тогда аргохромом и интроцидом не дали ощутительных результатов при лечении общих септических заболеваний. Лучшие результаты были получены с внутривенным введением триафлавина и аргофлавина, которые затем были вытеснены риванолом. Однако несвоевременное (не во время ознобов) и не по показаниям применение общего стерилизующего лечения в значительной мере дискредитировало этот способ.

За период с 1929 по 1936 г. включительно через клинику послеродовых заболеваний прошло 3036 больных, из них лихорадивших было 2168 и собственно послеродовых лихорадочных 1845. По отношению ко всем лихорадившим больным общими септическими заболеваниями (включая тромбофлебиты) было 236 (10,9%), локализованными за пределами матки — 229 (10,6%) и локализованными в матке — 1175 (54,2%). Умерло на все (3036) количество больных 86 (2,8%): из 2168 лихорадивших умерло 83 (3,8%) и на 1845 собственно послеродовых заболеваний умерло 80 (4,3%). Таким образом, смертность осталась почти одинаковой по сравнению с периодом 1918—1928 гг. Местное внутриматочное лечение за этот период почти не применялось. Широко применялось переливание крови и общее стерилизующее лечение. Как в конце предыдущего периода, так и в начале этого применялось лечение отсасывающей банкой, которое давало хорошие результаты при начальных формах пуэрперальных инфекций и являлось до известной степени профилактическим против развития заболеваний с распространением инфекции за пределы матки.

Поскольку за этот период абортного отделения при институте не было и производство аборт временно было допущено в больничных учреждениях, в институт принимались нерегулярно неполные аборт. Всего было принято 751 больная, из которых за исключением 58 все лихорадили. Из 693 лихорадивших умерло 26 (3,8%) и на 645 собственно послеабортных заболеваний умерло 22 (3,4%). Таким образом

смертность от инфицированных абортс оставалась почти такой же, как и за предыдущий период. Лечение инфицированных выкидышей было активное — выскабливанием, общее лечение проводилось как и у послеродовых больных.

Смертность от общих септических заболеваний (включая и тромбозы) после абортс была попрежнему выше (59,5%), чем после родов (33,9%). Но в общем септическая смертность после общих септических заболеваний была ниже, чем за период 1918—1928 гг. и ниже обычно публикующихся в литературе, если даже исключить послеродовые тромбозы (на 157 общих септических заболеваний 80 смертельных исходов, т. е. 50,9%). Наибольшую смертность после родов, как и после абортс, давали перитониты.

Небольшие цифры послевоенного времени требуют осторожности в выводах. Из 748 всех больных, прошедших через клинику послеродовых заболеваний, умерло 12 (1,6%), из 567 всех лихорадивших умерло 12 (2,1%) и из 393 собственно послеродовых больных умерло 6 (1,5%). Таким образом за указанный период смертность в клинике послеродовых заболеваний оказалась вдвое ниже, чем за предыдущий период. Учитывая значительно пониженную сопротивляемость по отношению к инфекции у ленинградских женщин, значительная часть которых перенесла блокаду, эвакуацию и связанные с нею лишения, нельзя не обратить внимания на такое снижение смертности. За указанный период местное активное лечение послеродовых заболеваний не применялось. При начальных формах послеродовых заболеваний применялось внутривенное впрыскивание по 10 куб. см урострептоцида (1,0 белого стрептоцида, растворенного в 10 куб. см 40% уротропина) и внутримышечно сернокислая магнезия в 25% растворе по 10 куб. см. В очень небольшом количестве случаев проводилось лечение пенициллином. По нашим наблюдениям, при выраженных септикопиемиях лечение пенициллином не давало таких разительных результатов, как это отмечено в иностранной литературе.

В лечении послеродовых заболеваний, особенно септических, имеет значение не только специфическое лечение, но также общий уход и наблюдение. Они изложены в наших специальных руководствах по послеродовым заболеваниям. Опыт клиники послеродовых заболеваний показал, что ввиду особенностей температуры необходимо по крайней мере пятикратное измерение ее в течение дня и нанесение на температурную кривую утренней, вечерней и наивысшей в течение суток температуры. Кроме сосчитывания пульса, у тяжелых больных важно наблюдение за частотой дыхания и кровяным давлением. Исследование выделений из родовых путей, бактериоскопическое и бактериологическое, исследование мочи, в особенности исследование крови на микробов и на ферментные элементы крови, являются непременным условием наблюдения у послеродовых больных.

Основной особенностью ухода является надлежащее обслуживание больных во время озноба: согревание грелками, теплыми одеялами, впрыскивание камфорного масла, горячий чай или кофе внутрь и спиртные напитки в большом количестве, смена белья по окончании потения.

Таблица 3

Данные о заболеваемости и смертности за 1929—1945 гг.
После родов

	1929— 1936 гг.	1937— 1940 гг.	1941— 1945 гг.	Всего
I. Общие септические заболевания				
Септицемия	21/10 ¹	3/3	—	24/13
Септикопиемия	100/44	67/33	7/3	174/80
Пиемия	10/4	13/3	1/0	24/7
Тромбофлебит	79/0	72/0	12/0	163/0
Перитонит	26/22	23/17	6/3	55/42
Итого	236/80	178/56	26/6	440/142
II. Заболевания с локализацией за пределами матки				
Пельвеперитонит	32	28	18	78
Параметрит	101	76	7	184
Воспаление придатков	96	22	27	145
Итого	229	126	52	407
III. Заболевания, локализованные в матке				
Эндометриит	530	380	153	1063
Лихорадка в родах	129	—	24	153
Послеродовые язвы	87	15	8	110
Лохиометра	99	25	27	151
Прочие резорбционные лихорадки	330	108	103	541
Итого	1175	528	315	2018
IV. Заболевания, связанные с беременностью и родами				
Мастит	147	190	65	402
Пиелит	176	80	39	295
Итого	323	270	104	697
V. Непослеродовые лихорадочные заболевания	205/3	39/4	70/6	314/13
VI. Заболевания послеродовые нелихорадочные	441/1	112/1	157	710/2
VII. Непослеродовые нелихорадочные	427/2	70/1	24	521,3
Итого	3036/86	1323/62	748/12	5107/160

После выкидышей

	1929— 1936 гг.	1937— 1940 гг.	1944— 1945 гг.	Всего
Заболевания:				
I. Общие септические заболевания				
Септицемия	3/3	—	3/2	6/5
Септикопиемия	18/11	16/6	—	34/17
Пиемия	3/0	—	—	3/0
Тромбофлебит	5/0	—	—	5/0
Перитонит	8/8	—	—	8/8
Итого	37/22	16/6	3/2	56/30
II. Заболевания, локализованные за пределами матки				
Пельвеоперитонит	26	9	—	35
Параметрит	29	3	3	35
Воспаление придатков	132	5	3	140
Итого	187	17	6	210
III. Заболевания, локализованные в матке				
Эндометрит	73	10	5	88
Лихорадочные выкидыши	309	23	17	349
Послеродовые язвы	1	1	—	2
Лохиометра	4	1	—	5
Прочие резорбционные лихорадки	34	1	—	35
Итого	421	36	22	479
IV. Заболевания, связанные с беременностью				
Мастит	1	—	—	1
Пиелит	5	—	—	5
Итого	6	—	—	6
V. Непослеабортные лихорадочные	42/4	—	2	44/4
VI. Послеабортные нелихорадочные	20	—	—	20
VII. Непослеабортные нелихорадочные	38	—	42	80
Всего	751/26	69/6	75/8	895/34

1 В дробь числитель обозначает число заболеваний, знаменатель — смертельные исходы.

чистый воздух, свет, солнечный или кварцевый, необходимы септическим больным более, чем каким-либо другим. Согласно литературным данным в переходе местных воспалительных процессов в общие септические надлежащее питание и витамины играют большую роль.

Многолетний опыт клиники послеродовых заболеваний, особенно в последнее время, показал, что своевременное распознавание и хирургическое лечение гнойников вообще и метастазов при общих септических заболеваниях, в частности (операции на грудной клетке, вскрытие печеночных абсцессов и пр.), нередко спасают жизнь больных в кажущихся безнадежными случаях. Точность и полнота наблюдений, а также разработка способов и методов лечения, особенно при общих септических заболеваниях, в значительной мере затрудняются распыленностью септических больных по многим акушерским учреждениям. Концентрация септических больных в одном учреждении (в больших городах) дала бы возможность сконцентрировать разработку учения о послеродовой инфекции, обставить ее изучение надлежаще оборудованными лабораториями и положить конец кустарной работе в этой важной области акушерской дисциплины, что имеет место до настоящего времени как у нас, так и за границей. Обслуживание таких коллекторов специальными квалифицированными кадрами, несомненно, повысило бы эффективность лечения послеродовых больных. С педагогической точки зрения концентрация различных форм послеродовых заболеваний дала бы возможность студентам медицинских институтов и акушерских школ в короткий срок и полностью пройти программу, а врачам, повышающим свою квалификацию, сделать это с большей полнотой и разносторонностью.

Педагогическая деятельность

Педагогическая работа в клинике послеродовых заболеваний проводилась в следующих разделах.

1. Специальная подготовка по послеродовым заболеваниям приезжавших с этой целью на рабочие места сроком от 1 до 3 месяцев, иногда долее.

2. Стажирование 3—4 месяца по программе 3-летнего стажа аспирантов и клинических ординаторов.

3. Стажирование сроком 1—2—3 года в клинике послеродовых заболеваний сотрудников института в порядке прохождения их по различным отделениям института.

4. Систематические демонстрационно-лекционные курсы и практические занятия для врачей, приезжавших с периферии для усовершенствования и специализации. С 1923 по 1926 г. в добавление к курсу для врачей по послеродовым заболеваниям при клинике читался курс гематологии и бактериологии применительно к акушерству.

Кроме врачей, через клинику послеродовых заболеваний проходили приезжавшие на повторительные курсы акушерки и велись теоретические и практические занятия с ученицами повивальной школы.

Количество врачей на курсах до первой империалистической войны и перехода института в систему ГИДУВа достигало значительных цифр,

за 1907—1910 гг. свыше 200 (293 за 1909 г.). Врачи-специалисты, приезжавшие для усовершенствования по послеродовым заболеваниям, командировались для этого облздравами, акушерско-гинекологическими кафедрами медицинских институтов и крупными больничными учреждениями на рабочие места. Занятия с ними велись соответственно их запросам. Большинство приезжало со специальным заданием подобрать и разработать тему для диссертации (Виккер, Кучаидзе и др.). Приезжавших исключительно для изучения послеродовых заболеваний с начала 1923 до 1929 г. было 23 специалиста.

Занятия с врачами-стажерами (4-месячные стаж) велись по утвержденной советом института программе, в которой, помимо клинических занятий, предусматривался теоретический и практический курсы по бактериологии применительно к акушерству и гинекологии, а также по гематологии, до тех пор, пока не были выделены в самостоятельные бактериологическую и биохимическую лаборатории.

Сотрудники института, работавшие в клинике послеродовых заболеваний на правах ассистентов и ординаторов, задерживались в клинике на срок от 1 года до нескольких лет. Они выполняли научно-исследовательскую работу по программе клиники, вели практические занятия на курсах усовершенствования врачей и с врачами-стажерами, а также с ученицами акушерской школы. Часть из них впоследствии заведывала другими клиниками и кафедрами в звании профессоров (Мажиц, Мошков, Хаскин, Фейертаг, Яковлев).

Научно-исследовательская работа

Научно-исследовательская работа в области послеродовой инфекции в институте вначале не имела дифференцированного характера, поскольку само учение о послеродовой инфекции выкристаллизовалось последовательно, в процессе работы клиники.

Непосредственное отношение к профилактике послеродовой инфекции имеют еще опыты дезинфекции постельных принадлежностей, начатые по идее Буша, изоляция заболевших и другие мероприятия, которые проводились в институте в то время, когда учение Земмельвейса еще не получило признания современников, и которым Гугенбергер тогда придавал большое значение в снижении материнской заболеваемости и смертности (см. выше).

На научную почву учение о послеродовой инфекции было поставлено трудами проф. Отта, Строганова и Замшина. В одной из своих ранних работ «О значении так называемых послеродовых очищений при применении противогнилостных средств в акушерстве» и в последующей «К бактериологии лохий» (1888 г.) Д. О. Отт, приводя свои тщательные бактериологические исследования влагилицных лохий у лихорадящих и здоровых родильниц, в заключение пишет: «Прошло то время, когда медицина была наукой умозрительной, основанной на грубом эмпиризме; в настоящее время всякий шаг, всякое изменение в приемах должны иметь определенное обоснование». Эти работы положили начало ряду других, как в институте (Строганов,

Замшин, Поволоцкая-Введенская, Бубличенко и др.), так и в других русских клиниках: Диссертация Строганова «Бактериологическое исследование полового канала женщины» положила твердое основание для санитарно-гигиенической обработки рожениц, не поколебленное и в настоящее время (очищение роженицы под душем, а не в ванне) и сформулированное им в статье «Есть ли ванна наилучший способ очищения тела роженицы» (1900 г.). Работы по бактериологии продолжались и в последующее время для обоснования антисептики и асептики в акушерстве. Сюда относятся исследования: «О дезинфекции кожи иодом» (Бубличенко, 1911 г.), «Асептика и антисептика в акушерстве и гинекологии» (Поволоцкая-Введенская, дисс., 1914 г.). В работе Бубличенко (1913 г.) «К вопросу о стафилококковой септицемии» даны материалы о нарастающем содержании стафилококков в крови, до того времени не отмеченное. Работа Трон «К вопросу о значении бактериоскопического исследования выделений из влагалища» (1920 г.) подчеркивает прогностическое значение этого способа, как и работа «Реакция Руге-Филиппа в диагностическом и прогностическом отношениях при послеродовых заболеваниях» (Перова, 1926 г.), а также работа «К вопросу об определении вирулентности бактерий при послеродовых заболеваниях» (Бубличенко, 1926 г.). Установлены изменения гемолитических свойств стрептококков и стафилококков в зависимости от культивирования на простых и кровяных средах. Работа Вейц «К бактериологии нелихорадочных выкидышей» (1928 г.) дала научные обоснования для изоляции больных с выкидышами из родильных учреждений.

С точки зрения механизма возникновения послеродовой инфекции особенное значение имеют классические исследования, произведенные под руководством члена-корреспондента Академии Наук проф. Смородинова: «К биологии влагалищной флоры» «Процессы антагонизма и симбиоза микробов человеческого влагалища» (Смородинов). Дальнейшим продолжением этих работ было исследование по самому актуальному для акушеров и в настоящее время вопросу — «Проблема самозаражения в акушерстве» (1932 г.). Существенным дополнением к этой работе, завершающим ряд бактериологических исследований по этому вопросу, было впервые в нашей лаборатории произведенное бактериологическое исследование наружных половых органов и их окружности — «Наружные половые органы и влагалище как источник стрептококковой инфекции» (Выгодская, 1932 г.) и «Условия жизнедеятельности гемолитического стрептококка на наружных половых органах женщины» (Выгодская, 1935 г.). Этими работами установлено нарастающее отмирание патогенных микробов, начиная с кожи наружных половых органов и продолжая входом во влагалище, его серединой и кончая верхним отделом. Таким образом учение Додерлейна о самоочищении влагалища получило полное завершение в его систематическом развитии.

С точки зрения механизма возникновения послеродовой инфекции большое значение имеют также работы «Морфология лохий и фагоци-

тоз у нормальных и лихорадящих родильниц» (1930 г.) — единственная работа в этом роде по цитологии выделений у рожениц — и «О бактерицидных свойствах лохий (проф. Хаскин, 1931 г.), в которой автор основательно решил давний спор, обладают ли лохии бактерицидными свойствами или являются просто питательной средой для микробов.

Впервые в институте изучена цитология и бактериоскопия лохий в различные дни послеродового периода и изготовлены микрофотограммы (Бубличенко). Работа Быченковой «Количественная характеристика микрофлоры лохий в различные дни послеродового периода» (1938 г.) показывает, как отмирают патогенные микробы под влиянием фагоцитарного и бактерицидного действия лохий и в связи с нарастающей их кислотностью. Последнее (нарастание кислотности) было обстоятельно изучено исследованиями на содержание сахара и молочной кислоты в лохиях Манойловой, Уточниковой и Насоновой (1936 г.).

Коренной переворот во взглядах на содержание микробов в послеродовой матке, якобы с несомненностью установленное у нелихорадящих родильниц бактериологическими исследованиями многих авторов и завершенное Лезером, произвели исследования Смородинова, Выгодской и Дерчинского по разработанному последним в клинике послеродовых заболеваний методу. Они показали, что в противоположность господствовавшему до этого убеждению, о наличии микробов в полости матки у нелихорадящих рожениц, в действительности это не имеет места. Наши исследования были подтверждены за границей и разъяснили многие недоуменные вопросы в диагностике и клинической картине послеродовых заболеваний.

Механизм самоочищения полового аппарата во время самих родов выяснен обстоятельными бактериологическими исследованиями Когана «Изменения вагинальной микрофлоры в процессе родов без дезинфекции влагалища и под влиянием применения некоторых антисептических средств» (диссертация 1940 г.). Это — единственная в своем роде работа, показывающая изменения влагалищной микрофлоры на протяжении всего родового акта, ее разрежение под влиянием рождения младенца и отхождения последа, что позволяет делать весьма ценные выводы для ведения родового акта.

По вопросу о механизме развития послеродовой инфекции большие материалы обработаны Белугиным в работе «Пути распространения инфекции при септических послеродовых заболеваниях» и Стальским «Патологоанатомические материалы о путях распространения послеродовой инфекции» (диссертация, 1938 г.) — материалы 191 патологоанатомических вскрытий в связи с клиническими наблюдениями.

Выделение клиники послеродовых заболеваний в самостоятельную единицу выдвинуло ряд вопросов для разрешения научно-исследовательской работой по этиологии и диагностике, клинической картине, профилактике и лечению послеродовых заболеваний. Сюда относятся доклад V Всероссийскому съезду акушеров и гинекологов в 1913 г. на

тему «К этиологии и диагностике пуэрперальной инфекции» (Бубличенко), «Признаки и распознавание септического послеродового эндометрита» (Бубличенко, 1921 г.), «Послеродовые заболевания и социальные условия», доклад Всесоюзному съезду акушеров и гинекологов в 1924 г. и «Влияние социальных условий на послеродовую заболеваемость» (Гуревич, 1926 г.), «Случайные заболевания в родах и послеродовые заболевания» (Широбоква, 1935 г.), «К этиологии мозговых кровоизлияний в чадородном возрасте» (Кашинский), «К вопросу о значении затянувшегося послеродового периода на течение пуэрперия» (Дерчинский, 1941 г.), «О значении раннего разрыва плодного пузыря в происхождении лихорадочных послеродовых заболеваний в связи с внутренними исследованиями и оперативными пособиями» (Губанова и Кучайдзе). В последней работе на единственном по количеству в мировой литературе материале (13.000 родильниц) показаны значение раннего и преждевременного разрыва плодного пузыря в происхождении послеродовых заболеваний, небольшой сравнительно удельный вес внутренних исследований и значительный — акушерских пособий. Последнее было подтверждено также на нашем материале д-ром Гуткиным. На большом материале было выявлено значение для послеродовых заболеваний конституциональных особенностей организма, как с точки зрения предрасположения к инфекции, так и ее дальнейшего развития. На эту же тему была написана работа Бубличенко «Опыт клинического определения конституции и предрасположения к послеродовым заболеваниям», в которой были разработаны наиболее характерные индексы для определения конституции и дана формула для обозначения как чистых, так и смешанных конституциональных типов. В связи с этим была установлена связь заболеваемости эклампсией с конституциональными особенностями организма в работах Бубличенко «Заболеваемость эклампсией и особенности конституции» (Русск. гин. вестн., т. II, вып. 2, 1925), «Некоторые данные о частоте заболеваний эклампсией» (Журн. для усов. врачей, № 8, 1925). В этих работах, помимо конституциональных особенностей, отмечены и другие — функциональные, особенности плаценты и пр. Ряд работ, вышедших из клиники послеродовых заболеваний, был посвящен вопросу о реакциях со стороны женского организма на послеродовую инфекцию.

Ценными работами в свое время были «Лейкоцитарная гемограмма и ее значение при септических послеродовых заболеваниях» (1927 г.) и, в особенности, «Ранний диагноз пуэрперальной инфекции» Досовицкого, который показал, что кровь является весьма чутким реагентом на инфекцию и что по изменениям картины крови в самом начале инфекции уже можно судить о дальнейшем течении. Это подтвердилось как нашими дальнейшими исследованиями, так и наблюдениями других авторов. Неотчетливость картины крови в ряде случаев по гемограмме Шиллинга настоятельно требовала разработки наиболее выразительных индексов. Помимо предложенных Шиллингом и Крепсом индексов, Шепетинская изучила предложенный ею, а также два индекса, предложенных мной, обработала 940 исследова-

ний крови и, сделав около 7 000 вычислений, установила ценность наиболее показательных индексов.

Весьма ценные данные для диагностики и уяснения клинической картины дает разработанный в клинике послеродовых заболеваний д-ром Дерчинским новый способ взятия лохий из матки.

В целях диагностики и прогноза была использована и изучена кожная реакция на антивирус (Мажиц), которая, как оказалось по нашим наблюдениям, дает ценные указания на реактивность организма при различных формах послеродовой инфекции и в различных фазах ее течения, являясь отражением до известной степени состояния иммунитета. Это сформулировано в работе Бубличенко «Иммунитет и реакция на антивирус у беременных и родильниц», 1929. Исследованиями функциональной способности ретикуло-эндотелиальной системы при послеродовых заболеваниях пробой с трипановой синькой (Полякова) установлено значительное снижение поглотительной способности у женщин, перенесших дистрофию и аменорею.

Помимо реактивных изменений на инфекцию со стороны форменных элементов крови, были изучены также изменения со стороны плазмы: Бровкиным и Робачевским «Свертываемость и вязкость крови при послеродовых заболеваниях» (доклад на VII Всероссийском съезде акушеров и гинекологов); Богоровым в работе «К вопросу о значении кальция при послеродовых заболеваниях» и Бровкиным «Содержание каталазы при септических послеродовых заболеваниях в связи с конституцией» (доклад на VII Всероссийском съезде акушеров и гинекологов); Шепетинской и Харченко изучен углеводный и фосфорный обмен при нормальном пуэрперии и послеродовых заболеваниях (Гинек. и акуш., № 1—2, 1933 г.).

Новыми в литературе о реакциях организма на инфекцию являются исследования о «Содержании глутатиона в крови при послеродовых заболеваниях» (Кравец, 1941 г.). В настоящее время заканчиваются наблюдения над содержанием в крови угольной ангидразы, над углеводным обменом при послеродовых заболеваниях и над диагностическим значением кожной пробы с трипановой синькой.

В работах Бубличенко по оригинальному, разработанному проф. Надеждиным методу сопоставления действительного возраста с определением его по возрастным признакам, изучена «Изнашиваемость женского организма в зависимости от родовой функции и общей конституции» (Русск. гинек. вестн. 1923; Журн. для усов. врач., 1925). Этими работами впервые выявлено, что роды до 3—4 раз действуют омолаживающим образом на женский организм, аборт же ведет к постарению.

Сморозинцевым и Вейц были изучены бактерицидные свойства крови в послеродовом периоде и Мехи — фагоцитарные и бактерицидные свойства крови у больных общими септическими процессами, местными и у лихорадящих без диагноза. Эти исследования дали возможность установить, что при местных процессах иммунные свойства крови повышаются, при тяжелых снижаются, и объяснили, почему иммунные свойства крови у послеродовых больных то повы-

шены, то понижены. Фейертагом в работе «Об изменении сывотки крови у беременных и рожениц после введения стрептококкового и стафилококкового антивируса» (1924 г.) лабораторными исследованиями установлен факт повышения не только местного иммунитета, но при подкожном введении и общего (повышение титра агглютининов и опсопинов).

Обстоятельные экспериментальные и гистологические исследования Тиболовой уяснили механизм действия бировской застойной гиперемии с современной точки зрения на течение воспалительного процесса (диссертация «Реакция ретикуло-эндотелиальной системы на инфекцию в условиях застойной гиперемии», 1938 г.).

Исходя из добытых проф. Хаскиным данных о бактерицидных свойствах лохий, Манойлова, Уточникова и Насонова производили систематические исследования на содержание сахара, молочной кислоты, фермента каталазы и хлоридов в лохиях (Гинека. и акуш. № 2—3, 1936) и пришли к заключению, что химический состав лохий находится в зависимости от крови, и нарастание молочной кислоты обуславливает известную степень их бактерицидности.

Одной из основных задач клиники послеродовых заболеваний на всем протяжении ее существования было дифференцирование отдельных форм послеродовых заболеваний. Отдельные эскизы по этому вопросу являются далеко не полным отражением проделанной работы. Она резюмирована в разделе частной патологии и терапии «Руководства к изучению лихорадочных послеродовых заболеваний» (Бубличенко), где отдельные формы излагаются в систематическом порядке. К работам по отдельным формам послеродовых заболеваний относятся: „Cystitis gangraenosa“ (Карлин, 1923 г.), „Vaginitis gangraenosa“ (Четверикова, 1922 г.), «К вопросу о шеечно-влагалищных фистулах» (Левит, 1929 г.), «Гематомы родовых путей» (Мошков, 1932 г.), «Признаки и распознавание септического послеродового эндометрита» (Бубличенко, 1921 г.), «Фибромиомы в послеродовом периоде» (Бубличенко, 1929 г.), «К дифференциальной диагностике послеродовых параметритов» (Бубличенко, 1929 г.), «Рентгенодиагностика и клиника послеродовых расхождений лонного сочленения» (Протас и Соловьев, 1941 г.), «Рентгенотерапия послеродовых маститов» (Протас и Соловьев, 1941 г.), «О значении клинического метода для определения инволюции послеродовой матки» (Виккер), «Клиника и терапия ранних послеродовых перитонитов» (Соловьев), „Febris sub partu“ (Динец), «Особенности послеродового сепсиса» (Бубличенко, 1938 г.), «Клинические материалы о послеродовой заболеваемости с локализацией инфекции за пределами матки» (Заваздин). С особенной полнотой было разработано учение о послеродовых тромбофлебитах: «Послеродовый тромбофлебит» (Мажбиц. M. f. G. u. G., 1929), «К этиологии послеродовых тромбофлебитов» (Бубличенко. Русск. гинека. вестн., т. I, вып. I, 1919), «Послеродовые тромбофлебиты» (Вестн. совр. мед., № 12, 1925) «Тромбофлебиты в послеродовом периоде» (Медицина, 1927). В монографии о послеродовых тромбофлебитах (Бубличенко) клиническими наблюдениями

и экспериментальными исследованиями установлено, что послеродовые тромбофлебиты — инфекционного происхождения, в противоположность мнению крупных авторитетов о тромбофлебитах, как об особой форме заболевания, различного происхождения в этиологическом отношении. Это дало основания для рациональной с точки зрения этиопатогенеза профилактики и терапии этого длительного и тяжелого заболевания.

Нет ничего удивительного в том, что такому актуальному вопросу, как аборт, было уделено особенно большое внимание. Проблеме аборта посвящено 11 работ Б у б л и ч е н к о и 20 работ его сотрудников (считая и рукописи). Сотрудниками института впервые был применен бригадный метод работы по вопросу о выкидышах, результаты которой были доложены на I Всеукраинском съезде акушеров и гинекологов. Собранный и разработан большой статистический материал об абортах, по количеству непревзойденный другими. Материал разработан всесторонне не только с точки зрения статистики, но также бактериологии, этиологии, влияния социальных условий, клинической картины, мероприятий по борьбе с абортами, осложнений и их профилактики, а также лечения инфицированных выкидышей.

По вопросу о диагностике криминальных выкидышей впервые доказано самостоятельное, без вмешательства, происхождение шеечно-влагалищных фистул после выкидыша, которые приписывались раньше криминальному вмешательству. Это подтверждено также иностранцами авторами. Разработан ценный и простой способ распознавания криминальных выкидышей (кольпоскопом). На большом материале изучены такие важные осложнения после аборт, как аменоррея и бесплодие (Б у б л и ч е н к о, 1934 и 1938 гг.). Дана критическая оценка способов лечения инфицированных выкидышей. Уточнены показания к активному и консервативному лечению, разработаны способы консервативного лечения и усовершенствован активный путем одновременного с выскабливанием лечения по принципу общего стерилизующего лечения — переливанием крови у обескровленных и стимуляцией физиологической системы соединительной ткани (внутривенные вливания хлористого кальция) или комбинациями их — внутривенным вливанием урострептоцида. Этим так называемым профилактическим способом лечения заболеваемость и смертность от инфицированных выкидышей были снижены вдвое. Разработан ценный материал о выкидышах за время блокады в Ленинграде и приведены в систему в виде схемы мероприятия по борьбе с абортами и их осложнениями. Изучена клиническая картина самопроизвольного и криминального аборт (П о п о в а - Д ю м и н а), осложнения внебольничных выкидышей (П а в л е н к о и К о г а н) и лечение послеабортного перитонита (К а р ш и н а).

Клиника послеродовых заболеваний выдвинула значение заболеваний мочевых путей в ряду различных осложнений послеродовой инфекции. Начало было положено работой К у ч а и д з е «Значение женской урологии в акушерстве и гинекологии» (1930 г.). Систематическое обследование мочевых путей установило значительно большую заболеваемость их, чем думали раньше (почти у 10% лихорадящих и около 1% всех родильниц). Этот факт объясняется тем, что заболевания

мочевых путей протекают в преобладающем большинстве бессимптомно и даже с признаками противоположными обычным (не частые позывы на мочеиспускание, а его задержка). Ряд работ: «Пиелит и беременность» (Б у б л и ч е н к о, 1925 г.), «Заболевания мочевых путей в послеродовом периоде» (его же, 1935 г.), работы на ту же тему Д е р ч и н с к о г о и Д у л ь ц и н а «Симптоматология и диагностика заболеваний мочевых путей в послеродовом периоде» (1937 г.) завершаются солидным и объемистым руководством проф. М а ж б и ц а «Женская урология», в которое вошли материалы изучения мочевых путей как в патологическом послеродовом периоде, так и в нормальном. Таким образом естественно от клиники послеродовых заболеваний отпочковалась женская урология, ставшая впоследствии самостоятельной дисциплиной в институте. Организатором клиники женской урологии в нашем институте был проф. М а ж б и ц а.

Клиника послеродовых заболеваний уделяла внимание также вопросам профилактики. Поскольку в прежнее время забота о новорожденных лежала исключительно на акушерах, то профилактика их заболеваний также не осталась без внимания. О ней трактует докторская диссертация Б у б л и ч е н к о «Бленноррея глаз у новорожденных и ее предупреждение».

К профилактике собственно послеродовых заболеваний относится работа «О расширении показаний к брюшностеночному кесарскому сечению» (Б у б л и ч е н к о), в которой описывается первая, сделанная автором в России, операция Порга. О профилактике трактуют работы Б у б л и ч е н к о: «Роль женских консультаций в профилактике послеродовых заболеваний» (1938 г.), «Старое и новое в профилактике септических послеродовых заболеваний» (1939 г.), «К вопросу о влиянии обезболивания родов на заболеваемость в послеродовом периоде» (первая работа, подчеркнувшая значение обезболивания в этом отношении), «Перспективы профилактики послеродовой инфекции» (1941 г.) и «Профилактика послеродовых заболеваний» (1945 г.). Д-ром М а с л о в о й был проведен успешный опыт массовой профилактики впервые предложенной С м о р о д и н ц е в ы м токсин-вакциной.

Само собой разумеется, что наибольшее количество работ посвящено терапии послеродовых заболеваний. Отдавая дань времени, проф. С и ц и н с к и й обстоятельно разработал способ местного лечения начальных форм пуэрперальной инфекции, названный им «перевязкой матки». На большом материале разработаны показания к этому лечению (гнилостные процессы в матке, так называемые резорбционные лихорадки) и противопоказания (эндометриты). На материале в 410 больных не наблюдалось ни одного осложнения и только 3 смертельных исхода в результате распространения инфекции.

Кроме этой работы, вопросам терапии послеродовых заболеваний посвящено 40 работ (22 Б у б л и ч е н к о и 18 сотрудников клиники). Местное внутриматочное лечение последовательно было оставлено, поскольку показанные для этого лечения гнилостные формы послеродовой инфекции заканчиваются без всякого лечения или более простыми и менее травмирующими способами, как, например, предложенным Б у б

личенко опорожнением полости матки разгибанием ее через брюшные покровы или наложением на наружные половые органы сконструированной Бубличенко отсасывающей банки — способ лечения, показанный не только для гнилостных процессов, но и для настоящих эндометритов, вызванных агрессивными, паразитными микробами. Механизм действия застойной гиперемии (одного из действующих факторов этого лечения) обстоятельно разработан в диссертации Тибилевой «Реакция ретикуло-эндотелиальной системы на инфекцию в условиях застойной гиперемии» (1938 г.). При применении отсасывающей банки наблюдалось быстрое снижение температуры по истечении первых 2 суток у 64% больных; смертность составила 1,5% вместо средней 4,5%. Еще более расширяются показания для лечения перетяжкой на уровне пупка с целью вызвать умеренную застойную гиперемию (Дерчинский), способ, показанный для лечения также и локализованных за пределами матки заболеваний и особенно уместный для лечения инфицированных выкидышей, при которых выскабливание противопоказано. Указанными способами были расширены показания для местного лечения и внутриматочная терапия, сопряженная с риском генерализации инфекции, была почти сведена к нулю. Наоборот, были начаты и развивались работы по изучению методов и способов общего лечения, которое в прежнее время почти исключительно ограничивалось применением хинина и противострептококковой поливалентной сыворотки. Очень рано, еще в 1921 г., были начаты работы о лечении по принципу стимуляции ретикуло-эндотелиальной системы — Reiztherapie. Наблюдениями над внутримышечными впрыскиваниями терапевтина в разведении 1:5, не вызывавшими абсцесса, было впервые у нас констатировано стимулирующее действие на кроветворение (Муравьев, 1922 г.) и затем подтверждено положительное действие на обратное развитие воспалительных спухолей, особенно параметритов (Бубличенко, 1922 и 1924 гг., Криницкий, 1925 г.), а также установлено положительное действие на лейкоцитоз, что дало нам основание применять этот способ для лечения не только местных, но и общих септических заболеваний в тех случаях, когда констатируется недостаточная регенерация белой крови.

Проверка протеинотерапии (Криницкий, 1924 г., Митюкевич-Смирнова — доклад VI Всесоюзному съезду акушеров и гинекологов) не дала таких отчетливых результатов, как терпентинотерапия.

Отдавая дань времени, клиника послеродовых заболеваний провела наблюдения над лечением аутогемотерапией (Бубличенко, 1927 г.). Неудовлетворенность полученными результатами сравнительно с опубликованными побудила применять впервые предложенную нами гомеомотерапию, т. е. внутримышечное впрыскивание крови от другого здорового человека в расчете на повышенное в сравнении с кровью больной содержание иммунных субстанций. Клиника одна из первых начала применять переливание крови при послеродовых заболеваниях, вначале непосредственно от донора. Были установлены оптимальная доза (100—150 куб. см) и противопоказания для переливания крови

у послеродовых больных (тяжелое состояние), что было подтверждено на IX Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов. В дальнейшей разработке этот способ лечения применялся в институте также и в целях профилактики после больших (около 1 л) кровопотерь и после оперативных вмешательств, сопряженных с вхождением в полость матки рукой или инструментами (ручное отделение последа, щипцы и др.). Заболеваемость и смертность были снижены приблизительно в 3 раза.

В вопросах иммунотерапии клиника ввела свои коррективы в старый и некоторыми отвергнутый способ лечения сыворотками. Возможность экспериментировать со специально приготовленными антитоксическими сыворотками ВИЭМа против выделенных нами штаммов пуэрпериальных стрептококков позволила установить преимущество таких антитоксических сывороток перед обычными поливалентными и уточнить показания для серотерапии («Опыт лечения послеродовой инфекции антитоксической противострептококковой сывороткой», 1938 г., «Старое и новое в серотерапии послеродовых заболеваний», 1941 г.).

Были определены показания для вакцинотерапии, проверен метод вакцинации — внутривенно и массивными дозами (вакциной Дельбе), причем на большом числе наблюдений выявлено значение температурной реакции при вакцинотерапии воспалительных заболеваний женской половой сферы как в прогностическом, так и в терапевтическом отношениях. Выводы применены и для лечения женской гонорреи («К вакцинотерапии женской гонорреи», Бубличенко, 1931 г.).

В разработке методов повышения омницеллюлярного иммунитета были проведены экспериментальные исследования и клинические наблюдения над применением гормонов и лизатов, суммированные в докторской диссертации Кучаидзе «К вопросу о гормонах и лизатах в терапии послеродовых заболеваний». Далее Бычковой проведены опыты над профилактикой и лечением эмульсией лимфатических желез и, наконец, обстоятельные экспериментальные исследования над профилактическим и лечебным действием только что предложенной тогда антицитотоксической сыворотки акад. Богомольца (дисс. Чинчарадзе, 1940 г.). Война помешала дальнейшему углубленному развертыванию работ в этом направлении.

В области гормонотерапии хорошие практические результаты были достигнуты применением адреналина для лечения послеродовой инфекции, что было новым и оригинальным способом лечения, впервые примененным в клинике послеродовых заболеваний. Адреналин изучался не только как препарат, вызывающий сокращение матки, т. е. при субинволюции, где он давал действительно прекрасные результаты, но и при начальных формах пуэрпериальной инфекции как лечение, повышающее лейкоцитоз и оздоравливающее нарушенный воспалением внутриклеточный обмен, что имеет существенное значение в борьбе организма с инфекцией. Была выработана дозировка (0,3 подкожно), поскольку адреналин оказался более токсичным для послеродовых больных, чем вне этого состояния, были выработаны показания для этого лечения, а также противопоказания.

Широкой и всесторонней разработке была подвергнута внутривенная терапия, начиная с внутривенного введения коллоидальных растворов серебра. Было опровергнуто господствовавшее мнение об этих препаратах, как действующих бактерицидно. С введением в практику новых бактерицидных средств — аргохрома, трипафлавина, аргофлавина и, в особенности, риванола, — стали более отчетливо выявляться возможности и ограничения для общего стерилизующего лечения (применение в начальных стадиях сепсиса с наличием микробов в крови, в начале ознобов, когда микробы только поступают в кровяное русло, — Б у б л и ч е н к о).

Из способов внутривенной терапии небактерицидными препаратами в клинике изучались спирт (Г и д а л е в и ч), хлористый кальций как стимулирующие ретикуло-эндотелиальную систему, последний, кроме того, как средство, повышающее свертываемость крови, следовательно, уместное при септических процессах, протекающих с распадом тромбов.

Уже работы с внутримышечной терапией (белками, насыщенными вакцинами, терпентином) и внутривенной небактерицидными препаратами (колларгол, спирт, хлористый кальций) наводили на мысль о преобладающей роли организма в борьбе с инфекцией и о значении активного участия мезенхимы. Под этим углом зрения были поставлены работы, по предложению Наркомздрава СССР, о лечебном действии только что выпущенного в СССР стрептоцида. Бактериологической лаборатории была поставлена задача испытания бактерицидных и бактериостатических свойств стрептоцида *in vitro* и в эксперименте на животных (С м о р о д и н ц е в), гистологической лаборатории было поручено выяснение действия стрептоцида на ретикуло-эндотелиальную систему. клинические наблюдения над его действием были проведены в клинике послеродовых заболеваний. Общий вывод таков, что лечебный эффект стрептоцида обуславливается не слабо выраженным бактерицидным действием и не столько бактериостатическим, сколько стимулирующим ретикуло-эндотелиальную систему. Для развития последнего требуется известное время (4—5 дней), почему стрептоцид особенно уместен для целей профилактики, что и было подтверждено опытом массового профилактического применения его на Украине до Великой Отечественной войны.

Изучение истории применения серусодержащих препаратов привело к наблюдениям над эффективностью с точки зрения профилактики впрыскиваний сернокислой магнезии. На материале в 600 наблюдений констатировано снижение общей заболеваемости вдвое и в 3—4 раза общих септических заболеваний и локализованных за пределами матки. Это привело к мысли применять сернокислую магнезию также и для лечения. Первый небольшой опыт (100 наблюдений) показал, что это лечение особенно уместно при воспалениях придатков и тазовой брюшины, при которых лечебное действие серного радикала комбинируется с обезболивающим действием магнезия. В последнее время в клинике послеродовых заболеваний изучалась комбинация стрептоцида и уротропина под названием урострептоцида (раствор 1,0 белого стрептоцида в 10 куб. см 40% уротропина). Нами было изучено и впервые введено

в практику успешное лечение акрихином (Бубличенко, 1945 г.).

Применение антибиотиков не было особенной новостью для клиники послеродовых заболеваний. Они входят в группу так называемых биологических способов лечения. Еще с 1927 г. были начаты работы по применению антивируса и насыщенной полимикробной вакцины, в которую входила синегнойная палочка в качестве антагониста стрептококков. Продолжением работ с молочнокислыми бактериями — антагонистами прогенных, было изготовление нашей бактериологической лабораторией «вагозана», культуры влагалищной палочки на бульоне с виноградным сахаром.

Предложенный в недавнее время пенициллин испытывался при разных формах послеродовых заболеваний.

Клиническими наблюдениями и экспериментальными исследованиями было установлено, что пенициллин действует не только и может быть не столько на микробов (бактериостатически), сколько каким-то консервирующим образом на ткани, делая их более устойчивыми к процессам разложения и гниения (Бубличенко, Демичев). Был разработан новый способ лечения пенициллином гнойных маститов без разрезов.

Хотя оперативное лечение послеродовой инфекции проводилось в клинике послеродовых заболеваний в соответствующих случаях — экстирпация матки, вскрытие тазовых гнойников и гнойных метастазов в отдаленных участках организма (в легких, в печени), но научная разработка вопроса хирургического лечения подвинулась только в последнее время («К вопросу о лечении послеабортных перитонитов» — Каршина, 1941 г.). Это направление научно-исследовательской работы поставлено в ближайшую очередь.

Исходя из того положения, что разнообразие отдельных форм послеродовой инфекции требует дифференцированного лечения, клиника послеродовых заболеваний выработала свою классификацию (Бубличенко — «Классификация смертности в течение беременности, родов и послеродового периода», 1936 г.; «К вопросу о классификации сепсиса, 1943 г.). В разработке классификации послеродовых заболеваний клиника шла путем изучения клинического материала и статистических данных о послеродовой заболеваемости и смертности. Еще в работе Бубличенко «Смертные случаи в Повивально-гинекологическом институте за 1904—1907 гг.» было впервые указано на необходимость разделения смертности от родов и выкидышей. Дальнейшая разработка статистического материала нашла свое отражение в работе о заболеваемости и смертности в акушерстве по современному материалу (1924 г.) в докладе VI Всесоюзному съезду акушеров и гинекологов — «Заболеваемость и смертность в родах сравнительно с выкидышами» (1925 г.), «Заболеваемость и смертность в связи с родами в родильных учреждениях Ленинграда» (рукопись).

Ряд статей (Бубличенко) по вопросу о лечении послеродовых заболеваний: «Основные моменты внутривенной терапии» (1930 г.), «Борьба советских акушеров и гинекологов с послеродовым сепсисом» (1937 г.), «Послеродовые заболевания и борьба с ними за 20 лет после

Великой Октябрьской революции» (1938 г.). Лечение лихорадочных послеродовых заболеваний» (1938 г.), «Основные принципы лечения послеродовых заболеваний» (1939 г.), завершен «Схемой лечения послеродовой инфекции» (1939 г.).

Работы клиники послеродовых заболеваний легли в основу «Руководства к изучению лихорадочных послеродовых заболеваний» (Бубличенко), вышедшего в двух изданиях (1923 и 1930 гг.), и краткого руководства для периферических врачей «Патология послеродового периода» (1939 г.), а также печатающейся в настоящее время монографии «Послеродовая инфекция».

В связи с профилактикой и лечением послеродовых заболеваний находятся работы Бубличенко организационно-методического характера: «Организация акушерско-гинекологической помощи сельскому населению в земских губерниях» (1911 г.), «Практические указания для устройства родильного приюта» (1915 г.), «Родовспоможение в Петрограде и его роль в охране материнства и младенчества», «Государственный акушерско-гинекологический институт в Ленинграде» (1923 г.), «Клиника послеродовых заболеваний при Акушерско-гинекологическом институте НКЗдрава СССР в Ленинграде» (1929 г.), «К вопросу о рационализации научно-исследовательской работы в области акушерства и гинекологии» (1930 г.), «О планировании научно-исследовательской деятельности Ленинградского акушерско-гинекологического общества», «О централизации септических послеродовых больных» (1930 г.), «Родильный дом» (1934 г.), «Стационарная акушерско-гинекологическая помощь в Ленинграде» (1935 г.), «Организация родовспоможения в Ленинграде во второй пятилетке» (Бубличенко).

Кроме своих специальных задач, клиника послеродовых заболеваний принимала участие в работах, не имеющих прямой связи с послеродовой инфекцией, по профилактике и лечению заболеваний женской половой сферы, в том числе и воспалительных. Сюда относятся работы об осложнениях в родах (Бубличенко): «Влагалищные фистулы по материалу Акушерско-гинекологического института» (1928 г.), «Разрыв лонного сочленения во время родов» (1928 г.), «Влияние родов на организм женщины» (1931 г.), «К этиологии мозговых кровоизлияний у женщин в детородном возрасте» (1933 г.).

Клиника послеродовых заболеваний принимала деятельное участие также в работах отечественной курортологии. Изучение влагалищного грязелечения в Пятигорске привело к изобретению влагалищного электротермофора для поддержания температуры грязевого влагалищного тампона на постоянной высоте («К методике влагалищного грязелечения», Бубличенко — 1934 г.). Работы клиники о значении слабых концентраций CO_2 (диссертация Тибилевой), доложенные на научной конференции кавказских минеральноводских курортов, дали научные обоснования для объяснения физиологического действия курортного лечения в Кисловодске («К физиологическому действию CO_2 на животный организм в связи с лечением нарзанными ваннами» (Бубличенко — 1936 г.), были резюмированы результаты лечения женских заболеваний в Пятигорске (бригадная работа). Изучение

лечебных средств курорта Цхалтубо дало возможность резюмировать их в работе «Перспективы лечения гинекологических больных на курорте Цхалтубо» (Бубличенко, 1939 г.). Консультативная работа на Кисловодском курорте имела результатом устройство отделения для лечения постоянным влагалищным орошением нарзанной водой (Бубличенко, Левицкий) и научные исследования на следующие темы: «Течение менструальной функции в условиях Кисловодского курорта» (Берлин), «Лечение нарзанными ваннами сердечных больных с фибромиомами» (Загальская) и «О допустимости применения нарзаных ванн у сердечных больных при беременности» (Загальская).

Одно время клиника послеродовых заболеваний, как и все клиники института, принимала участие в изучении условий женского труда. Результатом были следующие работы: «К методике гинекологических обследований в отношении профвредностей» (Бубличенко), «Профессиональные заболевания матки» (Бубличенко), а также исследования на казахстанских свинцовых заводах — «Свинцовые интоксикации у женщин и их предупреждение».

Общее количество научных работ, произведенных в клинике послеродовых заболеваний, — 262, из них до Великой Октябрьской революции (с 1907 по 1916 г.) — 18 и после нее (с 1919 г.) — 244 работы, т. е. до Великой Октябрьской революции выходило в среднем 1,8 работы в год, после нее — 8,7.

Перспективы будущего

Сравнительно небольшая септическая заболеваемость послеродовой инфекцией в настоящее время крайне ограничивает подбор материала и удлиняет сроки наблюдений в изучении и терапии послеродовых заболеваний. В статье «О централизации септических послеродовых больных» изложены преимущества централизации, как с точки зрения рациональной терапии, так и преподавания, а также научной разработки вопросов этиологии, патогенеза, клинической картины, профилактики и лечения послеродовых заболеваний.

Таким местом централизации могла быть клиника послеродовых заболеваний ЦИАГ. Само собой разумеется, что такая концентрация послеродовых больных требует расширения помещения и оборудования при клинике соответствующих лабораторий: в первую очередь клинической лаборатории для срочных исследований крови во время ознобов и других научных исследований.

Нельзя не сознаться, что патолого-гистологическим исследованиям при послеродовых заболеваниях у нас уделялось мало внимания. Между тем, благодаря этому, ряд вопросов, например, о механизме развития тромбофлебитов, их разделении на клинические формы, до сих пор остается не разрешенным.

Вряд ли можно считать достаточно изученной послеродовую инфекцию с точки зрения функциональной диагностики. Проведенные в настоящее время отдельные работы по обмену веществ при послеродо-

вых заболеваниях далеко не дают определенной картины об общей реактивности. Недостаточно изучено с помощью новейших методов исследования состояние сердечно-сосудистой системы.

Несмотря на многие попытки, недостаточно еще изучены методы ранней диагностики послеродовых заболеваний. Разработка их является очередной задачей.

Если смертность от послеродовой инфекции уже значительно снижена, то заболеваемость, включая и так наз. «повышения температуры без диагноза», остается еще достаточно значительной. Поэтому вопросы профилактики далеко не потеряли своего значения. Между тем, до сих пор еще не выработано достаточно эффективного и простого метода профилактики для внедрения в широкую практику. Начатые работы с препаратом АЦС (академика Богомольца) не исключают необходимости изыскания и других способов.

Работы с профилактикой послеродовых заболеваний ультрафиолетовыми лучами, а также изучение их физиологического и терапевтического действия в отделении физических методов лечения дают основание ожидать эффективности от лечения ультрафиолетовыми лучами и послеродовых заболеваний в виде общего облучения всего туловища, для чего необходим аппарат соответствующей мощности.

В настоящее время при клинике послеродовых заболеваний оборудован небольшой кабинет физических методов лечения, который одновременно служит и для целей научно-исследовательской работы.

Понижение содержания окислительных ферментов (глутатиона, угольной ангидразы) у септических больных заставляет думать о применении у них оксигенотерапии, для чего требуются соответствующие установки. Проводимая уже работа в этом направлении в отделении физических методов лечения дает полное основание для этого.

Роль витаминов в физиологии и патологии женского организма, а также отдельные работы в этом направлении, произведенные в клинике послеродовых заболеваний (с витамином С — Павленко, с витамином К — Цуцульковской), дают основания развернуть планомерную работу по изучению применения витаминов для лечения послеродовых заболеваний.

Работы проф. Галкина и его сотрудников показывают, что иммунобиологические реакции организма находятся в прямой зависимости от центральной нервной системы. Между тем возможности воздействия на течение септического процесса с этой стороны еще не были использованы.

Значение вегетативной нервной системы в течении всех жизненных процессов вообще, а также в реакциях организма на инфекцию, заставляет думать, что в воздействиях на вегетативную нервную систему с различных точек приложения (кожи, физиологической системы, соединительной ткани и т. д.) лежит залог успеха в лечении септических послеродовых заболеваний. В этих видах необходимо: 1) планомерное изучение состояния вегетативной нервной системы при различных формах послеродовых заболеваний; 2) изучение реакций со стороны вегетативной нервной системы, в частности со стороны сосу-

дистой системы (венозных стенок), а также реакций на септическую инфекцию со стороны костного мозга и надпочечников, которые обнаруживают резкие патологоанатомические изменения у погибших от септической инфекции. Изучение роли надпочечников, наряду с патологоанатомическими исследованиями, имеет своей задачей главным образом изучение содержания липоидов, поскольку надпочечники у септических больных бедны ими.

Наши исследования о роли надпочечников пока ограничивались изучением адреналина в применении к профилактике и лечению послеродовых заболеваний. Имеются указания на значение фолликулина в течение воспалительных процессов. Однако искания в области эндокринологии для терапии послеродовых заболеваний только начаты, хотя можно предполагать, что большое значение эндокринной системы для жизненных функций может быть использовано и в этом направлении.

Необходимо более углубленное изучение иммунобиологических реакций со стороны крови на различные раздражители биологического порядка, как специфические, так и неспецифические.

Поскольку агрессивность и вирулентность септических микробов варьирует в больших пределах, изучение их биологических свойств, в частности фактора распространения, может открыть новые пути воздействия на распространение септической инфекции из первичных ворот внедрения.

Нельзя еще считать достаточно изученной реактивность организма на инфекцию по формуле крови, зависимость картины крови при послеродовой инфекции от общего состояния организма, перенесенных раньше заболеваний и других моментов. Имеются основания полагать, что реакция со стороны крови иначе протекает у перенесших дистрофию и у авитаминозных больных. Мало изучены колебания формулы крови в течение ознобов.

В данном очерке вкратце перечислены основные проблемы и темы, над которыми работали сотрудники клиники послеродовых заболеваний. По некоторым из них сотрудниками клиники составлены более расширенные очерки на основании материалов, полученных и разработанных в разное время.

Проф. С. Г. ХАСКИН

Лечение послеродовых заболеваний

(По материалам ЦИАГ за 150 лет)

История пуэрперальной инфекции, важнейшей главы акушерской патологии, не могла не получить клинического отражения в институте. Правда, в первые полвека его существования общее состояние науки о послеродовых заболеваниях было таково, что не давало оснований для каких-либо клинических обобщений. Соответственно этому и отчеты того времени содержат лишь цифровые сведения о числе заболевших родильниц. Так, за период с 1797 по 1844 г. составитель отчета К а к у ш к и н представляет краткое извлечение из этого периода за 9 лет и приводит цифру общей заболеваемости родильниц, равную 11,8%. Смертность от послеродовых заболеваний по годам колеблется и в 1834 г. достигает 4,3%. Никаких материалов о применявшихся в ту эпоху методах лечения автор не имеет возможности привести, а о профилактике только упоминает, говоря, что «акушеры, работавшие лет 50—100 тому назад, держались относительно предупреждения послеродовых заболеваний такой точки зрения, которая не выдерживает современной нам научной критики».

Отчет за период 1845—1859 гг. был своевременно составлен Г у г е н б е р г е р о м. В этом отчете материалы разработаны более детально, как с точки зрения статистического, так и клинического анализа, и впервые приводится принятое в институте определение понятия пуэрперальной инфекции: «к числу послеродовых болезней (в тесном смысле мы относили всякое острое заболевание в послеродовом периоде, сопровождавшееся известною группою припадков: ознобом, жаром, учащенным жиловением 100—120, изменением в родильных отправлениях и т. д.». Автор указывает, что таких больных на 8036 родильниц было 1234, т. е. 15,3%. Общая пуэрперальная септическая

смертность по данному отчету равна 3,1%. В поисках рациональной профилактики и терапии автор подробно останавливается на изучении этиологии родильной горячки, в частности на «атмосферических» влияниях. Изучив, влияние различных времен года, барометрического давления, температуры и влажности воздуха, количества выпавшего дождя и снега, направления ветров и т. д., автор не может приписать этим факторам самодовлеющего и абсолютного значения. Наоборот, на основании этого анализа, Гугенбергер полностью принимает учение о трех источниках послеродовых заболеваний: трупное заражение, самозаражение и зараза госпитальным воздухом, «насыщенным разложившимися органическими началами», что и побудило его приступить к проведению «предохранительных мер против родильной горячки». Нужно помнить, что в это время учение Земмельвейса только формировалось и почти всюду встречало скептическое отношение. В институте, наряду и одновременно с Холмсом и Земмельвейсом, внедрялись начала антисептики. К сожалению, вследствие примитивности приемов и неразработанной еще методики они не оказали заметного влияния на снижение заболеваемости и смертности.

Что касается лечения, то оно являлось «ненадежным и безуспешным». Автор указывает, что в продолжение 15 лет все известные лечебные методы были испытаны, и ни один из них не возбудил полного доверия. Однако, несмотря на беспомощность, в которой находились акушеры того времени, врачи института «были далеки от негуманного нигилизма, и все желания и старания были направлены на отыскание более верных орудий против страшного бедствия».

В институте уже в те, тяжелые для акушеров, времена терапия пуперальной инфекции проводилась активно и дифференцировалась в зависимости от принятой тогда классификации.

1. *Metroperitonitis*. При этом заболевании, с 1845 по 1850 г. применялись у крепких полнокровных родильниц кровопускания, и «в 64 случаях тяжелых заболеваний они принесли видимую пользу, так как только 14 из этого числа окончились смертью, что составляет пропорцию смерти каждой четвертой тяжело заболевшей, вместо каждой третьей, как это выходит из общих отношений». Однако, по наблюдениям автора, характер заболеваний с 1850 г., по видимому, настолько изменился, что, несмотря на самый тщательный отбор больных «с полным, твердым и напряженным пульсом и преимущественно при сильных быстро наступивших местных явлениях, кровопускания вызывали у всех без исключения больных быстрый упадок сил и смертный исход от разложения крови» (Гугенбергер). С того времени общие кровопускания, как лишённые терапевтической ценности, были оставлены и более не применялись. Однако местные кровопускания посредством повторного применения пиявок (по 15—25 штук на подчревную область и 4—6 штук к рукавной части) были весьма ценным симптоматическим средством, уменьшающим боль, а иногда и ослабляющим воспалительные явления. Из фармакологических препаратов с 1846 г., по предположению директора института Этингера, больным назначались *nitrum tartarus stibiatus, digitalis*,

в которых видели полезный симптоматический эффект. При выраженных перитонеальных явлениях (подчеревная боль, метеоризм, обильные поносы, рвота и выпоты в брюшную полость) в институте применялись, кроме перечисленных средств, теплые припарки, согревающие компрессы, иногда ледяные примочки. С 1845 по 1857 г. широко практиковалось втирание в живот мази из камфорного масла, хлороформа и опиума, что оказывало хороший болеутоляющий эффект.

В 1859 г. с этой же целью Тарновский испытал на значительном числе больных института намазывание брюшных покровов коллодием. Попыток к применению каких-либо хирургических методов лечения не делалось. Общие результаты таковы: из 346 больных этой группы (*metropéritonitis*) умерло 116, что составляет 33,5% летальности.

2. *Endometritis*. Кроме внутреннего лечения селитрой, рвотным камнем и наперстянкой, хинином и каломелем, при септических явлениях особое внимание обращалось на степень интенсивности местных явлений. После первоначального применения пиявок к рукавной части первое место занимали «смягчающие, очистительные и противогнилостные спринцевания в маточную полость». В частности, охотнее всего употребляли «хлористую известь, режу ляписные и квасцевые растворы». Этим самым, по существу, было положено, задолго до формирования и принятия учения Земмельвейса, основание антисептическому принципу и в терапии послеродовых заболеваний.

Кроме этого, широко применялось разнообразное местное лечение при изъязвлениях и омертвении рукава и детородных губ (*ulcera-puerperalia*) в виде прижигания ляписом, обмывания свинцовой водой и глицерином и присыпания угольным порошком, что уже в 20-х годах XX века вновь воскресло по рекомендации Р. Келера.

Почти современно звучат следующие слова автора отчета, свидетельствующие о глубокой наблюдательности врачей того времени: «местное лечение при *endometritis* всегда производило заметную пользу, общее же — редко». Эта мысль перекликается с аналогичным положением, высказанным спустя почти 50 лет сотрудником института Сицинским.

По отчету Гугенбергера, из 79 больных описываемой формой (*endometritis*) при указанной терапии выздоровело 49.

3. *Metrophlebitis* и *pyaemia*. В начале заболевания проводилось обычное лекарственное лечение, а позже, когда частые ознобы разъясняли диагностику, прибегали к хинину в больших дозах (3—6 гран) по несколько раз в день. Местные средства те же, что и при эндометритах, а при воспалении подкожной клетчатки применялись сперва компрессы, а затем хирургический разрез; при *phlegmasia alba* — ртутные втирания, холодные примочки, кровоизвлечения.

Однако, несмотря на весь арсенал средств, успехи лечения были ничтожны и безотрадны. Из 123 больных с указанной формой заболевания погибло 78, что составляет 63,7%.

4. *Septicaemia*, тяжелейшая и безнадежная форма генерализованного сепсиса, обнаруживала полнейшую безоружность врачей того времени. Попеременно применялись каломель, серная кислота, мышьяко-

вистый хинин и другие фармакологические средства, холодные обливания и обертывания или, напротив, общие теплые ванны, но всегда безуспешно. Все 14 больных этой группы погибли.

И до нашего времени при этой форме заболевания (*septicaemia* — Бубличенко, *haemitis* — Вальтхарда) смертность, несмотря на самые изощренные способы лечения, в виде разнообразных внутривенных вливаний, остается почти на том же уровне. Лишь с модернизацией всех принципиальных установок на методику лечения в отношении времени и способов терапии при помощи новейших антибиотиков, можно рассчитывать на реальные успехи.

В последующие годы деятельности института имеется значительный пробел в характеристике пuerперальной инфекции и методов ее лечения. За период с 1860 по 1873 г. напечатаны краткие заметки Этлингера, который упоминает лишь о процентных отношениях заболеваемости после родов, доходившей в те годы до 60,3%. По словам составителя этого отчета, нет даже точной классификации заболеваний, а вопросы терапии не упоминаются вовсе. Общая смертность после родов за этот период равнялась 3,04%, а от послеродовых септических заболеваний из 10 430 разрешившихся умерло 241, т. е. 2,3%.

Еще короче представлены данные о лечении пuerперальных заболеваний за период с 1874 по 1882 г. (Баландин). Тем не менее приводимые им краткие цифры являются исключительно важными и знаменуют собой принципиально новую эпоху — смелое и окончательное внедрение антисептики в повседневную практику института. На 7159 родов пuerперальная смертность за эти 9 лет исчисляется в 0,86%, а за последние 4 года этого периода даже в 0,51%. По словам автора этого отчета, трезво и объективно оценивавшего ситуацию, «такое значительное уменьшение смертности от септических заболеваний нужно приписать исключительно все более укореняющемуся противогнилостному способу ведения родов». Этот блестящий период нужно считать переломным в жизни института. Окончились эпидемии, окончилась ужасающая смертность, наступила новая эра: появилось современное акушерство.

Деятельность института в лице его директора Баландина в описываемый период времени является тем более замечательной, что окончательное внедрение антисептического метода, робко начатое в институте еще в эпоху Гугенбергера и окончательно осуществленное Баландиным, проходило на фоне принципиального отрицания крупнейшими авторитетами того времени учения Земмельвейса. Ни Симпсон, ни Дюбуа, ни Сканцони не разделяли идей Земмельвейса, а Вирхов и др. не отвечали на его письма. И при этих обстоятельствах Баландин смелой и твердой рукой стал строго проводить новые правила антисептики, что незамедлительно дало свои блестящие, казалось, недостижимые результаты.

В диссертации-отчете Виридарского за период 1883—1893 гг. дано описание 262 пuerперальных больных, что на общее количество 5764 случая родов составляет всего 4,5% заболеваемости пuerперальной инфекцией. Умерло 15 больных, что на 5764 родов составляет

0,26%, т. е. наблюдается дальнейшее резкое снижение послеродовой смертности. Это снижение следует полностью отнести за счет профилактики, так как никаких указаний на какое-либо усовершенствование лечебных мероприятий в отношении септических больных не имеется.

Во всех случаях эндометритов (166) применялся лед на живот и влагалищные спринцевания раствором сулемы (1:2000) 3—4 раза в день, т. е. дальнейшее развитие антисептического принципа в терапии. В сравнительно редких случаях проводились более энергичные мероприятия в виде внутриматочных промываний дезинфицирующими растворами (слабый раствор сулемы, а у экламптичек 4% раствор борной кислоты). Еще более активная терапия — непрерывное орошение, выскабливание матки и тампонация ее, в отчетное время не применялись.

По отчету д-ра Чапина за 1893—1897 гг. на 5032 родильницы послеродовых больных было 346, т. е. 6,8%, причем умерло от сепсиса 9, что составляет 0,17% по отношению ко всем родившим. Следует учесть, что количество родов за отчетные 4 года возросло (в 2,5 раза). Эта цифра (0,17%) столь разительно и выгодно отличается от данных иностранных клиник того времени, а также от приведенных в отчете Гугенбергера, что объяснить ее можно, конечно, не столько лечебными мероприятиями, сколько исключительной добросовестностью и щепетильностью в проведении принципов антисептики.

Терапия послеродовых больных описана в отношении эндометритов (309 больных). При этом заболеваниях применялись влагалищные и внутриматочные промывания растворами сулемы, борной и карболовой кислоты (Ч а п и н). Последние 2 года этого периода широко применялась тампонация матки иодоформной марлей (Г у з а р ч и к), но результатов этого лечения в отчете не представлено. Всего от эндометрита умерло 3 больных, 4 погибли от септицемии и 2 от генерализованного перитонита.

Этими материалами мы располагаем за время с 1797 по 1897 г. Уже в следующем 1898 г. была опубликована диссертация Г у з а р ч и к а, в которой рекомендуется марлевое дренирование полости матки после предварительного осушения ее (полости). На 110 случаев эндометрита, леченных по описанному методу, был один случай смертельного исхода, что, по мнению С и ц и н с к о г о, могло зависеть от чрезмерной травматизации матки во время лечения.

М а ц е е в с к и й в статье, опубликованной в 1899 г., описывает свой способ лечения, который заключался в следующем: 1) осушение полости матки марлей, 2) весьма кратковременное (5—10 секунд) окатывание слизистой оболочки матки под слабым давлением раствором сулемы (от 1:3000 до 1:6000) и, наконец, 3) в последующем вторичном осушении полости матки. Всего было подвергнуто такому лечению 40 больных, но клиничко-статистического анализа в статье не имеется. Однако С и ц и н с к и й в своей монографии, опубликованной в 1904 г., пишет, что смертность от септических послеродовых заболеваний среди больных М а ц е е в с к о г о при лечении их по его способу отнюдь не исчезла.

С 1902 г. в Клиническом повивальном институте широко применялся самостоятельно разработанный Сицинским способ лечения послеродовых заболеваний, который заключался в следующем.

1-й момент — промывание полости матки сулемой (1 : 1000) в количестве 1 л.

2-й момент — непосредственно за сулемой промывание полости матки стерилизованной или борной водой температурой 40° Р в количестве 1 л.

3-й момент — осушение полости матки полоской стерилизованной марли.

4-й момент — промывание полости матки 90° винным спиртом в количестве 50,0—100,0 до 2—3 раз.

5-й момент — введение в полость матки полоски стерилизованной или иодоформной марли для последующего дренирования полости матки.

Из этого описания явствует, что в институте в то время господствовало своеобразное и оригинальное активное направление, не дошедшее, правда, до оперативных методов («*curretage*» — Пинара, «*écouvillonnage*» — Бюдэна), но стоящее на принципиальной позиции элиминации инфекционного начала из полости матки путем воздействия различными внутриматочными физическими и химическими манипуляциями.

Как видно из отчета «4 года клинической жизни», это активное направление, т. е. лечение пuerперальных больных посредством «перевязки матки», продолжалось вплоть до 1907 г. Суммируя все случаи за время с 1 сентября 1902 г. по 1 сентября 1907 г., Сицинский приводит следующие данные. Всего за это время было лечено перевязкой матки 410 родильниц после срочных и преждевременных родов с послеродовыми бактериальными заболеваниями. Из них умерло 3 родильницы, проявившие ясные признаки инфекции уже в течение родового акта.

Метод Сицинского завоевал себе прочную репутацию в институте и широко применялся в течение первого десятилетия нашего века. Это направление, совпадающее в известной степени с общим направлением в лечении послеродовых заболеваний во всех передовых европейских и американских клиниках, все же не было подражанием, но носило все черты своеобразия и оригинальности. При изучении литературы того времени можно легко убедиться, что тогда господствовали местные активные способы, вплоть до принципиального применения внутриматочных оперативных вмешательств, особенно врачами французской школы. Например, в 1893 г. при наличии большого количества работ, трактующих о вопросах местной терапии, лишь две посвящаются общему лечению послеродовых заболеваний: Рамдора — большими дозами алкоголя, и Лоренца — общими холодными ваннами. В противовес этому господствовавшему направлению (местной терапии) в 1895 г. выступил Шрадер, по выражению которого «каждое внутриматочное спринцевание это игра ва-банк жизнью родильницы». Институт являлся проводником своего направле-

ния. Исходя из собственных научных воззрений и опыта, сотрудники института проводили среднюю линию терапии, не увлекаясь направлением французских гинекологов (Пинар, Бюдэн) и не пугаясь угроз представителя немецкой школы (Шрадер). Действия врачей института, как это видно из приведенных выше описаний и особенно из опубликованных ими научных работ, были строго мотивированы, обоснованы знанием теории и подкупали своей логичностью. Все эти характерные свойства институтского направления и хорошие результаты в отношении исходов заболеваний обеспечили широкую популярность института в западноевропейской литературе. Так, в 1899 г. в *Jahresbericht* проводится детальная характеристика способа Гужарчика, в 1900 г. — способа Матеевского, а в 1905 г. подробно описывается оригинальный способ Сицинского. Интересно, что наступившее к этому времени в европейской и американской печати охлаждение к местному лечению сменилось, под влиянием работ Сицинского, новым оживлением. Уже в 1906 г. мы являемся свидетелями роста интереса многочисленных иностранных ученых к способам местного лечения, в чем легко убедиться, просмотрев зарубежную литературу за те годы. В одном только *Frommel's Jahresbericht* за 1906 г. имеется 19 работ, посвященных местному лечению. Таким образом, если, с одной стороны, направление нашего института и испытывало на себе влияние окружающих научных тенденций, то с другой — оно было своеобразным, оригинальным и оказывало заметное влияние на состояние зарубежной науки, вызывая интерес к проводимым в институте методам и подражание им.

С конца XIX и к началу XX столетия под влиянием идей Мечникова о целлюлярном и Эрлиха о гуморальном иммунитете пуэрперальный процесс, наряду с другими инфекционными болезнями, стал трактоваться как процесс общий. Естественно, что существовавшее повсеместно направление активных методов местного лечения не было адекватным новым идеям, перестало удовлетворять развивающимся научным воззрениям, перестало импонировать как наиболее рациональное течение и стало постепенно, правда, очень медленно, вытесняться новыми методами — методами общего лечения.

Уже в 1894 г. появляется сообщение о лечении внутривенными вливаниями сулемой по методу Бачелли и о лечении подкожными инъекциями креозота. В соответствии с этим в 1895 г. многочисленные авторы утверждают, что «разнообразные хирургические вмешательства не дают особенно благоприятных результатов», и как следствие этого широко прокламируется применение общих методов лечения пуэрперальной инфекции. Первые публикации о сывороточной терапии, «новой главе в лечении пуэрперального сепсиса» (Бумм), появились в самом конце прошлого столетия. Уже в 1897 г. и в следующие годы в европейской и американской прессе появляется огромное количество работ, посвященных серотерапии, которая доминирует среди остальных способов. В том же 1897 г. впервые, несомненно под влиянием идей русского ученого Мечникова, появляется сообщение Гофбауэра из клиники Шаута о лечении инъекциями нуклеина для повы-

нения лейкоцитоза. Наконец, в 1902 г. мы встречаем описание лечебного действия растворов белкового серебра. Естественно, что на фоне этого направления, сохранение к тому времени одной лишь местной терапии, несмотря на ее успехи, не могло удовлетворить врачей института, и с 1912 г., т. е. с появлением во главе отделения Л. И. Бубличенко, мы видим сочетание обоих направлений в практике института. С одной стороны, продолжает применяться способ Сицинского, а с другой — одновременно имеется тенденция проводить в подходящих случаях лечение иммунными сыворотками и внутривенными вливаниями колларгола и электраргола. В 1918 г., непосредственно после Великой Октябрьской революции, была регламентирована при институте кафедра и клиника послеродовых заболеваний, которые официально оформились в 1923 г. Это сразу дало возможность энергично развить шефу новой клиники научную работу по лечению послеродовых заболеваний. Уже в 1924 г., оценивая опыт лечения сыворотками и колларголом в эпоху безраздельного их распространения, сотрудник клиники Плотникова имела возможность представить следующее заключение.

«1. Лечение сывороткой и коллоидными растворами серебра при послеродовых септических заболеваниях не обнаруживает специфического лечебного действия.

2. При остротекущих септических процессах (разлитом перитоните и септиемии) лечение не ведет к выздоровлению».

Таким образом мы видим, что на всем протяжении господствования этих наиболее популярных и везде распространенных средств клиника не столько следовала общим побуждениям и примеру, сколько шла самостоятельным путем, действовала на основании собственного опыта и руководствовалась собственными мотивами, вытекающими из детального лабораторного и клинического анализа. Оба упомянутые средства с конца прошлого столетия и до появления сульфаниламидов непрерывно применялись, согласно разработанной клиникой послеродовых заболеваний института методике. На основании детального и длительного изучения этих препаратов, клиника пришла к следующему заключению.

Антистрептококковая сыворотка применяется в самом начале септического процесса в количествах 50,0—80,0 и больше до 3—4 раз через 1—2 дня. Изучение действия сыворотки дало возможность выявить следующие закономерности.

Первая группа больных: после реактивного озноба и резкого скачка температуры наступает стойкое ее снижение, и процесс принимает регрессивный характер — лечение сывороткой на этом заканчивается, как сыгравшее уже свою благодетельную роль.

Вторая группа больных: заболевание продолжается без заметных признаков улучшения и без выраженного перехода в общий сепсис — лечение сывороткой продолжается.

Третья группа больных: появляются признаки перехода инфекции в общий процесс по кровяному руслу (ознобы, частый пульс, тяжелое

общее состояние, бактерии в крови) — сыворотка не оказалась действенной, и настаивать больше на ее применении не следует.

Общие результаты лечения сывороткой на большом материале института — летальность 35% у леченных против 49% у нелеченных.

Многолетнее применение колларгола и электраргола убедило клинику в том, что только более поздние сроки заболевания, а именно второй стадии его, когда тяжелые токсические явления, вызывающие падение защитных сил организма, сменяются менее острым течением, служат показанием для применения этих средств. Тогда летальность среди септических больных, леченных колларголом, равняется 34% против 40% у нелеченных. Недостаточная эффективность при самостоятельном применении этого средства окончательно выявилась к 30-м годам нашего столетия, а потому этот препарат стал применяться только как вспомогательное средство, и в настоящее время изолированное лечение колларголом является лишь предметом исторического описания.

В начале нашего века под влиянием успехов химии, особенно синтеза анилиновых красок, возникло новое направление под названием «*therapia sterilisans magna*». Естественно, что в институте были приняты широкие попытки использовать эти свойства анилиновых красок и применить этот метод. Лечение вливаниями слабых растворов сулемы было принципиально отвергнуто институтом, так как в противовес итальянским ученым Бачелли и позже Барзони сотрудник института Шкловский экспериментально доказал непригодность сулемы в качестве внутривенного средства. Зато другие препараты — триафлавин, аргохром, аргофлавин и особенно риванол были изучены в институте, а затем широко использованы (риванол) на большом количестве больных. На основании собственных наблюдений (Бубличенко) клиника пришла к следующему убеждению (1924 г.).

1. Аргохром при лечении сепсиса никакого действия не оказал.

2. Под влиянием внутривенного лечения триафлавином, аргофлавином и в особенности риванолом в незапущенных случаях септических послеродовых заболеваний наступает более или менее значительное временное или длительное понижение температуры и резкое улучшение самочувствия больной; нередко наблюдается полное выздоровление.

3. Ввиду того что риванол в терапевтических дозах совершенно безвреден и при внутривенном его введении не наблюдалось ни одного осложнения, желательно при всех септических заболеваниях возможно раннее его применение (даже профилактически) в виде внутривенного вливания в дозах от 0,05 до 0,1 *pro die* (Бубличенко). Дальнейшее изучение риванола на большом материале дало возможность представить в цифровом выражении эффективность этого средства: среди женщин, леченных риванолом от генерализованного сепсиса, летальность выражается 34%, а среди нелеченных — 53%. Несомненная полезность этого средства установлена клиникой в случаях внутривенного вливания 10,0—20,0—1% раствора непосредственно после окончания операции при инфицированных родах или абортах.

Все же недостаточно благоприятные в общем результаты не могли удовлетворить клинику и толкали ее на дальнейшие искания в вопросе терапии послеродовых заболеваний. Идеи нашего соотечественника Б е з р е д к о о местном иммунитете, получившие широкое распространение во всем мире в 20-х годах нашего столетия, не остались без влияния на мировоззрение клиники. Естественно, что его учение было использовано в интересах лечебного дела. Если попытки местного лечения по С и ц и н с к о м у и пр. не удовлетворяли требованиям современного представления о патогенезе пуэрперального процесса, то учение о местном иммунитете было более солидной основой к применению новых методов, соответствующих современному состоянию науки. Желая использовать в качестве дополнительного лечебного фактора повышение местных иммунных приспособлений, проф. Б у б л и ч е н к о в 1929 г. создал новый, совершенно оригинальный способ. При этом он исходил из следующих соображений: застойная гиперемия, прогрессирующая в мягких родовых путях с ростом беременности, не остается безразличным обстоятельством, но является благоприятным приспособлением организма в его борьбе за существование. Неудивительно, что чем больше выражен этот застой, тем меньше шансов у бактериальных возбудителей найти благоприятные условия в тканях для своего развития. Это положение доказано статистическим анализом, представленным проф. Б у б л и ч е н к о следующими цифрами (за 1913—1927 гг.):

	Выкидыш	Преждевременные роды	Срочные роды
Септическая смертность	0.6%	0.41%	0.19%

Другими словами, с ростом беременности, егдо ростом застойных явлений в тазу, организм получает новые и более энергичные средства к борьбе с внедрившейся инфекцией. Основываясь на этих фактах, подтвержденных экспериментом на животных (Т и б и л о в а), и исходя из приведенных выше соображений, проф. Б у б л и ч е н к о сконструировал специальные отсасывающие банки, приспособленные к применению на наружных половых частях. Систематическое наложение их с начала пуэрперального процесса оказывает следующее действие:

- 1) бережное отсасывание содержимого матки,
- 2) умеренную застойную гиперемиию и
- 3) усиленное выделение свежих лохий, которые обладают свойствами, задерживающими размножение микробов (П е р а ч ч и, Х а с к и н).

По материалам клиники на 200 леченных лихорадящих родильниц смертность после применения этого способа снизилась в 2 раза, а длительность заболевания сократилась с 19 до 13,4 дней. Еще рельефнее значение этого способа лечения выступает при клиническом его изучении, когда подчас при тяжело начавшемся заболевании удается наблюдать быстрое купирование процесса после применения отсасывающих банок. В дальнейшем (1934—1936 гг.), в развитие принципа повышения тканевого иммунитета, клиникой (Б у б л и ч е н к о, Д е р ч и н с к и й)

был разработан способ перетягивания резиновой кишкой туловища на уровне пупка для вызывания умеренной застойной гиперемии. И этот способ оказался полезным в борьбе с пуэрперальной инфекцией. На основании более 100 наблюдений были сделаны следующие заключения.

1. Местная застойная гиперемия в виде перетяжки на уровне пупка способствует отграничению септической послеродовой инфекции, снижает температуру в острых случаях и способствует рассасыванию воспалительных опухолей и инфильтратов.

2. Лечение перетяжкой показано не только при начальных формах пуэрперальной инфекции, но и при воспалительных процессах, локализованных за пределами матки.

3. Лечение перетяжкой противопоказано: при перитонеальных признаках воспаления, при нефритах, воспалительных заболеваниях печени и желчного пузыря, при пиелитах и при наличии пороков сердца.

Одновременно с приложением в клинику учения Безредка о местном иммунитете было использовано его же учение об антивирусе. Клиника Бу б л и ч е н к о разработала применение этого метода при послеродовых язвах (септических налетах) в виде аппликации тампонов, смоченных стрепто- и стафилококковым антивирусом в течение 3—4 суток.

Разработка клинического материала сотрудником клиники М. Д. Т р о н в 1927 г. дала основание для следующих заключений.

1. Антивирус должен применяться в первые дни заболевания.

2. При местном применении фильтра наступает повышение миграции лейкоцитов на поверхности раны, в чем и выражается борьба организма с инфекцией.

3. После однократного или двукратного применения фильтра наступает очищение раневой поверхности.

4. Применение фильтра в начале заболевания предотвращает распространение процесса.

Одновременно с перечисленными местными средствами, а иногда в сочетании с ними, до конца 20-х годов проводилось лечение сывороткой, колларголом, риванолом и другими средствами из ряда «*therapia sterilisans magna*».

Однако потребность в более действительных средствах побудила клинику испробовать в 1928 г. вслед за Марковым и Бэром благотворное влияние алкоголя на септических пуэрперальных больных.

Исходя из работ К ю с т н е р а и Б и н ц а о повышении бактерицидности крови и об улучшении баланса кислорода и углекислоты, а также из работ Ка п л у н а о влиянии спирта на ретикуло-эндотелиальную систему и о значении этой последней в течении пуэрперальной инфекции, проф. Бу б л и ч е н к о предпринял внутривенное лечение 10—20% спиртом. После клинического наблюдения и детального изучения гемограмм больных, леченных спиртом, в частности гемопоэтической функции ретикуло-эндотелиальной системы (моно-

цты), клиника убедилась, что и этот, казалось, многообещающий метод не разрешает проблемы терапии сепсиса. Примененный в период нейтрофильного сдвига, он еще более подавляет деятельность ретикуло-эндотелиальной системы, и без того находящейся под токсическим воздействием продуктов жизнедеятельности бактерий. Естественно, что отравление ретикуло-эндотелиальной системы одновременно двумя агентами (токсинами и спиртом) не может вызвать активирования ее, но, напротив, вызывает снижение ее деятельности до полного паралича (закон Арндт-Шульца). Наоборот, спирт, введенный в вену в фазе моноцитарной защиты, т. е. тогда, когда ретикуло-эндотелиальная система приспособилась к существованию в новых патофизиологических условиях, может, по данным клиники, оказать полезное раздражающее действие на ретикуло-эндотелиальную систему и этим самым повысить сопротивление организма внедрившейся инфекции. При сравнении результатов раннего и позднего применения спирта клиника пришла к выводу, что только после 9—10-го дня лечение спиртом имеет известный *raison d'être*, улучшая течение заболевания, и, может быть, является даже излечивающим фактором (летальность среди леченных спиртом общесептических больных равна 42%). Во всяком случае в оценке алкогольной терапии клиника осталась весьма сдержанной и далекой от дифирамбов этому способу. С тем большей охотой клиника решила применить новое средство, предложенное представителем школы Малиновского д-ром Ермолаевым — аммиачные растворы солей серебра. На основании соответствующих наблюдений клиника высказала убеждение, что этот способ приводит к выздоровлению лишь больных с ограниченными пuerперальными процессами, а также тогда, когда распространение инфекции ограничивалось клетчаткой, придатками и тазовой брюшиной. В тех же случаях, когда инфекция распространялась по кровяному руслу или далеко по лимфатическим путям (генерализованный перитонит), исходы лечения гораздо менее благоприятны.

Описываемая нами эпоха, т. е. 20—30-е годы нашего столетия, представляет значительный разброд в развитии и течении научной мысли и научных представлений. Большинство предлагаемых лечебных средств, казавшихся теоретически вполне обоснованными, при ближайшей клинической проверке обнаружили свою несостоятельность, что послужило даже поводом к ироническому замечанию Р. Келера: «положительная ценность теоретических гипотез обратно пропорциональна их числу».

Р. Гец, говоря о бесконечном ряде лечебных препаратов, сменяющих как в калейдоскопе друг друга, указывает: «весьма часто на фармацевтическом рынке появляются средства, предназначенные для лечения септических заболеваний, особенно пuerперального сепсиса; затем появляются одна-две работы, в которых почти всегда сообщается о хороших результатах применения этого средства, а затем проходит короткое время, и уже не помнят ни средств, ни названия, ни работ, посвященных этому средству». Клиника Бубличенко никогда не шла по пути эмпирических поисков, всегда и принципиально отвергала

в соответствии с общим направлением института немотивированные мероприятия и искала опору для своих действий в твердых основах научных наблюдений и объективной критике. И в вопросе о соотношении между возбудителем заболевания и организмом, а отсюда в выборе лечебных средств, клиника имела собственные воззрения.

Погоня за бактериями была провозглашена на заре бактериологии французом Давэном, работавшим с сибирской язвой. Его знаменитое выражение «болезнь не в нас и не благодаря нам» свидетельствует о ясной концепции того времени об абсолютном значении в инфекционном процессе одного лишь факта проникновения бактерий в организм. По этому представлению течение инфекции определялось исключительно характером возбудителя. Против этой концепции восстал Р. Вирхов, который в своих письмах напоминал, что в болезненном процессе не меньшую роль, чем микроорганизм, играет и макроорганизм. В дальнейшем эти два направления постоянно сталкивались, и если работы Эрлиха по химиотерапии питались идеями Давэна, то труды Беринга и Райта по сывороткам и вакцинам поддерживали положения Вирхова.

В 1930 г. проф. Бубличенко в предисловии ко второму изданию своего руководства пишет, что в погоне за бактериями мы забываем организм женщины, а его ученик Хаскин на основании данных функциональной диагностики (1940 г.) высказывается приблизительно в том же направлении: «развитие пуэрперального заболевания зависит в первую очередь от состояния самого организма роженицы, характера и интенсивности полученной родовой травмы, а также, несомненно, и от свойств (resp. агрессивности) возбудителя данной пуэрперальной инфекции».

Естественно, что эти принципиальные теоретические соображения Бубличенко и его школы, получившие практическое подтверждение в неудачах «*therapie sericisans magna*», толкнули клинику на поиски новых путей. Эти пути привели к таким способам, которые, не обладая бактерицидными свойствами, содействуют повышению защитных сил организма. К ним нужно отнести в первую очередь внутривенные вливания хлористого кальция, различные способы раздражающей терапии, гемотерапию (в виде аутогемотерапии и переливаний крови), новокаиновую блокаду по Сперанскому—Вишневскому и некоторые другие, имеющие менее принципиальный характер. Однако, несмотря на многообещающие и, казалось, убедительные предварительные впечатления, клиника вскоре (уже к 1924—1928 гг.) убедилась, что применение хлористого кальция при лечении сепсиса успехом не сопровождалось. Лишь паллиативное действие его при ограниченных поражениях брюшины и придатков заставляет сохранять это средство в арсенале клиники пуэрперальной инфекции.

Точно так же многочисленными работами Бубличенко и его школы (Митюкевич-Смирнова, Муравьев, Криницкий, Хаскин), проведенными на протяжении ряда лет (с 1922 по 1939 г.) по изучению действия инъекций молока, казеозана, 20% скипидара, ихтиола и т. д., установлено, что и эти все средства из ряда Reizhera-

rie, полезные при гинекологических воспалительных заболеваниях, оказались весьма мало эффективными при пуэрперальных процессах, особенно генерализованного характера.

Большие надежды возлагались на лечение человеческой кровью. На основании очень большого опыта клиники по аутогемотерапии Бубличенко высказывается по этому вопросу очень сдержанно, указывая, что «клинические наблюдения не оправдали надежд, возлагавшихся на это лечение» («Патология послеродового периода», 1939 г.). Все же установленное ранее его работами (1927 г.) стимулирующее действие аутогемотерапии на кроветворение (повышение лейкоцитоза и нейтрофильных индексов) заставляет считать ее средством, повышающим сопротивляемость организма. Это обстоятельство и послужило основанием для применения аутогемотерапии в начальной стадии послеродовой инфекции, по возможности, в больших дозах, что, по наблюдениям клиники, наиболее полезно. Более выгодным средством Бубличенко считает гомогемотерапию, впрыскивание крови от другого здорового субъекта или консервированной крови в расчете на то, что в крови другого субъекта могут находиться недостающие большой антитела.

Работы Еланского и других в 20-х годах о переливании крови и многочисленные публикации о значении его в повышении иммунологических свойств были достаточным основанием для клиники, широко применившей и проверившей это новое и важное средство. Однако за первыми увлечениями пришло время критической оценки, которая и привела клинику к следующим выводам.

1. Выздоровления от переливания крови можно ожидать тогда, когда процесс еще локализован и переливание крови может оказать благотворительную помощь организму в дальнейшем ограничении процесса.

2. В тех случаях, когда инфекция уже распространилась по кровяному руслу или тем более в виде диффузного поражения брюшины, переливание крови реальной помощи оказать не может.

3. Ожидать эффекта от переливания крови можно чаще тогда, когда после трансфузии увеличивается количество гемоглобина и эритроцитов. Стойкое падение количества эритроцитов и гемоглобина после повторных трансфузий дает плохой прогноз.

4. Во всех случаях послеродовых заболеваний, протекающих на фоне анемии после потери крови, необходимо как можно раньше произвести переливание крови.

5. Если приходится прибегать к трансфузии, то лучше ее сделать по возможности раньше.

В своей монографии 1939 г. проф. Бубличенко, подчеркивая необходимость раннего применения переливания крови, указывает, что «при тяжелых формах септической инфекции переливание крови безрезультатно».

Таким образом многолетние труды клиники в поисках средств, могущих решить борьбу между организмом и возбудителем, убедили, что в ряде средств типа «*therapia sterilisans magna*» так же, как

средств, повышающих сопротивляемость организма, нет ни одного, которое бы решило проблему пуэрперальной инфекции. С тем большими надеждами был принят новый метод, идущий другими путями к той же цели улучшения условий борьбы организма с внедрившейся инфекцией. Мы говорим о новокаиновой блокаде по Сперанскому-Вишневному (1934 г.). Триумфальное шествие этого метода и солидные научные основания к его применению весьма подкупили проверить его на соответствующем материале. Однако, как и другие многообещающие методы, и новокаиновая блокада не оказалась панацеей. По нашим наблюдениям (1936—1939 гг.), можно было отметить удовлетворительный результат при ограниченных послеродовых заболеваниях. Наступало ослабление болей, иногда улучшение общего состояния, уменьшение инфильтратов, часто улучшение состава крови и некоторое уменьшение времени пребывания на койке. При общем же генерализованном сепсисе никакого эффекта отметить было нельзя. Этот способ можно считать полезным, как средство паллиативное, несколько ускоряющее течение болезни и улучшающее субъективное и объективное состояние больных.

Таким образом целый ряд предложенных институтом и другими учреждениями средств не получил после тщательной проверки в нашей клинике полной апробации. Это положение, т. е. отсутствие, несмотря на гигантские масштабы проделанной работы, какого-либо одного радикального действенного средства для лечения послеродовых заболеваний, главным образом генерализованного сепсиса, не было случайным. Поиски универсального средства, основанные на неправильных представлениях о патогенезе пуэрперальной инфекции, приводили к эмпиризму в этом вопросе, а последующие неудачи толкали к немотивированной полипрагмазии как наших, так и многочисленных зарубежных врачей.

Проф. Бубличенко, анализируя создающееся положение, дает исчерпывающее разъяснение причин, лежащих в основе его: «нужно удивляться тому, что в терапии послеродовой инфекции, при ее чрезвычайно разнообразных проявлениях, и в настоящее время не прекращаются поиски одного какого-либо способа или средства (нередко на основании чисто умозрительных заключений), которое излечивало бы септический процесс любого характера. Тенденция применять один или другой способ лечения к различным формам послеродовой инфекции граничит с тем направлением в терапии, которое недалеко собственно от поисков философского камня. Это направление особенно неправильно в терапии послеродовой инфекции, поскольку виды последней в зависимости от рода микробов и проявления ее даже при внедрении одних и тех же микробов очень разнообразны. Поскольку реакция организма на тот или иной путь распространения инфекции и клиническая картина будут различны, было бы странно думать, что один и тот же способ лечения помогал бы этим реакциям или тормозил бы их там, где это было бы желательно. Следовательно, если механизм борьбы с инфекцией будет различен и различными будут реакции, то и способы воздействия на них должны быть различны»...

...«Поэтому одни и те же способы или средства лечения, эффективные при известной форме послеродовой инфекции, могут оказаться бесполезными и даже вредными при другой. Например, переливание крови, полезное в начале септического процесса, может повести к разлитому перитониту вследствие прободения при пиосальпинксе... Не столько нужны новые средства, сколько нужны руководящие принципы для рационального выбора средств и способов лечения соответственно форме послеродовой инфекции, фазе ее течения и индивидуальным особенностям организма» (Бубличенко «Послеродовая инфекция», 1946 г.).

На основании многолетних и многочисленных исследований Л. И. Бубличенко и его школы по изучению физических особенностей родильницы и характера возбудителя в клинике сложилась теория лечения пуэрперальных больных. Один из представителей этой школы — Хаскин — в следующих выражениях характеризует систему терапии, разработанную и принятую клиникой Бубличенко: «Система динамической терапии, т. е. такой, которая видоизменяется в зависимости от формы, фазы и течения патологического процесса, а также от реактивных свойств родильницы, включает в себя следующие мероприятия:

- 1) повышение местных и общих иммунологических свойств организма;
- 2) попытка воздействовать на возбудителя по принципу *«therapia sterilisans magna»* при его продвижении по кровяному руслу;
- 3) введение неспецифических веществ, повышающих ферментативные процессы и активирующих ретикуло-эндотелиальную систему».

Эта схематически изложенная система, отвечающая принципиальным положениям клиники и сложившаяся к середине 30-х годов XX века, была наилучшей на том этапе. Однако новые исследования в области антибиотиков (1935 г.) побудили клинику расшифровать действие их и сочетать способы, принятые клиникой, с применением сульфаниламидов. Ряд детальных исследований, предпринятых институтом в отношении ранних сульфаниламидов (стрептоцида), представил убедительные данные в отношении того, что их действие не ограничивается бактериостатическим эффектом, но оказывает известное влияние и на состояние иммунологических свойств самого организма. По экспериментальным исследованиям Улезко-Строгановой, стрептоцид является активатором ретикуло-эндотелиальной системы, к чему присоединяется на основании клинических наблюдений и Бубличенко. Клиника установила: 1) влияние стрептоцида на бактериальных возбудителей в смысле понижения их вирулентности, 2) известное повышение бактерицидности крови родильниц за счет повышения титра агглютининов, комплемента и степени фагоцитоза и 3) отсутствие вредного влияния на форменные элементы крови. Все эти исследования позволили сделать в 1938—1940 гг. ряд своевременно опубликованных выводов. Не перечисляя результатов всех исследований коллектива клиники, можно привести лишь те выводы, которые

представили основания для включения стрептоцида в разработанную уже проф. Бубличенко и принятую систему лечения.

1. Стрептоцид безвреден для организма.

2. Действие стрептоцида неспецифично.

3. Стрептоцид является, несомненно, эффективным при начальных формах пуэрперальных процессов, оказывая задерживающее действие на их развитие.

4. Стрептоцид оказывает благоприятное влияние и при генерализованных процессах типа септикопиемии.

5. Стрептоцид следует испытать как профилактическое средство в случаях, угрожающих септической инфекцией.

Уже во время Великой Отечественной войны проф. Бубличенко проверил действие урострептоцида (10% раствор белого стрептоцида в 40% уротропина) и акрихина. Учитывая благоприятное действие этих средств в известной стадии пуэрперального процесса, слагающееся из элементов «*therapia sterilisans magna*» и раздражения ретикуло-эндотелиальной системы, клиника использовала и их.

Таким образом в сочетании с этими последними средствами система терапии послеродовых заболеваний может быть выражена следующей схемой.

Лечение должно начинаться не тогда, когда диагноз заболевания совершенно выявился, и даже не тогда, когда налицо признаки инфекции — повышенная температура, частый пульс, но тогда, когда можно лишь предполагать наличие такой угрозы. Рано отошедшие воды, оперативная травма в родах, ослабление организма роженицы интеркуррентными заболеваниями, затянувшиеся роды и т. д. являются обязательными показаниями для применения массивных доз современных антибиотиков (сульфаниламиды, пенициллин).¹ Это послужит наилучшей предупредительной терапией пуэрперальной инфекции. У родильниц, перенесших сколько-нибудь заметную кровопотерю или имеющих признаки анемии, производится переливание крови. Если же, несмотря на применение этих средств, все же появились явные признаки послеродового инфекционного заболевания, то показано применение отсасывающих банок по Бубличенко или перетяжки туловища по Бубличенко — Дерчинскому. При наличии септических налетов применяется стафилококковый и стрептококковый антивирус в виде смоченного тампона на наружные половые части и нижнюю часть влагалища.

Одновременно с применением местных средств проводится аутогемо (гомогемо) терапия при температуре, не превышающей 38,0°, либо вводится антистрептококковая поливалентная сыворотка при температуре выше 38,0° или независимо от степени повышения температуры, но при наличии значительной травмы половых частей. В случае прогрессирования заболевания и выявления общего септического процесса с продвижением инфекции по кровяному руслу (ознобы, частый пульс

¹ По последним наблюдениям клиники (1945—1946 гг.), одним из наилучших препаратов является сульфодиамин („805“, т. е. диацетиладиаминодифенилсульфон.

и, главным образом, обнаружение бактерий в крови) показано внутривенное вливание риванола (аммаргена, урострептоцида). Это совпадает с фазой нейтрофильной борьбы (резкий нейтрофильный сдвиг до юных, миелоцитов; уменьшение числа и исчезновение эозинофилов, падение числа лимфоцитов и моноцитов и повышение нейтрофильных индексов). Улучшение общего состояния и падение температуры до нормы, наблюдающиеся в ряде случаев уже в этой фазе лечения, прекращает дальнейшие мероприятия. Если же появляются отграниченные очаги, либо картина тромбозов, или метастазы, то дальнейшее применение этих средств бесполезно, так как оно не оказывает влияния на микроорганизмы, расположенные в глубине тканей. При продолжающемся общем септическом процессе устанавливается картина как бы хронического сепсиса: постоянные ознобы с большими размахами температуры, тяжелое общее состояние (особенно во время ознобов) и частый пульс. В этой стадии болезни бактерии время от времени поступают в кровь, но быстро уничтожаются в ней. Тогда наступает период неустойчивого равновесия между возбудителем заболевания и организмом больной: ни инфекция не может одержать победы, ни организм не имеет достаточных средств для уничтожения инфекционного возбудителя. Эта клиническая картина отражена лейкоцитарной формулой в виде так называемой второй фазы заболевания, фазы моноцитарной защиты (увеличения моноцитов до 6—8%, уменьшения нейтрофильных индексов и иногда появления эозинофилов).

При этом состоянии больной уже не приходится рассчитывать на благоприятное действие средств из ряда «*therapia sterilisans magna*» (даже, как показали наблюдения последних лет, пенициллина и сульфаниламидов). Тогда представляется необходимым нарушить установившееся равновесие между инфекцией и организмом в пользу организма путем использования его запасных сил. Этому способствует внутривенное применение акрихина или элларгола (советский электралгол). Если и эти средства не обеспечили улучшения состояния больной и ликвидации процесса, то следует попытаться внутривенным вливанием алкоголя вызвать новое раздражение ретикуло-эндотелиальной системы, руководствуясь в каждом отдельном случае картиной крови.

Все эти мероприятия осуществляются при одном основном условии: всесторонней заботе о больной в отношении помещения, ее режима, гигиены, ухода и особенно питания (витамины), а также помощи физиологическим отправлениям систем и органов. Такая забота о больной, продиктованная, кроме соображений гуманности, необходимостью повысить сопротивляемость организма, полностью соответствует основному положению клиники о том, что течение и развитие пуэрперального инфекционного процесса есть функция взаимодействия бактериального возбудителя с организмом больной.

Огромный врачебный опыт и многие годы научных исследований должны были убедить всех вдумчивых исследователей, что панацеи при лечении родильной горячки нет и что лечение может быть только синтетическим, разнообразным и гибко изменяющимся в зависимости

от динамического развития пуэрперального процесса. Такое лечение, вернее, такая система лечения создана Бубличенко и его школой и применяется с различными видоизменениями до настоящего времени. Известным подтверждением правильности разработанной системы лечения является сравнение исходов у септических больных, заболевших в Центральном институте акушерства и гинекологии, которые сразу подвергались лечению по изложенной схеме, и больных, доставленных в институт извне. У этих последних лечение применялось позже, что исключало возможность использовать все меры для повышения местного и общего иммунитета и для возможного снижения вирулентности бактерий.

Различие результатов у этих двух групп больных пуэрперальным сепсисом явствует из следующих цифр (1940 г.): летальность среди заболевших сепсисом в институте составила 29%, среди заболевших вне института — 51%. Если добавить, что значительное количество родильниц, своевременно подвергшихся указанному лечению, вообще не дало развившейся картины заболевания, т. е. заболевания были купированы с самого начала, и что септическая смертность среди родильниц института равна за последние годы 0,014, то можно считать оправданными легшие в основу современных достижений многолетние труды нашего института, особенно широко развернувшиеся за последние 30 лет.¹

Иные принципы и тенденции — попытки найти универсальное и радикальное средство — господствуют у зарубежных ученых. Мы ознакомились со значительным количеством работ (119) иностранных авторов за 1937—1939 гг., посвященных пуэрперальной инфекции. Среди них большое число статей по вопросам терапии, вышедших из авторитетных клиник Европы и Америки. К сожалению, нам не удалось среди них обнаружить такие работы, которые отражали бы широкие принципиальные установки авторов или попытки теоретических обобщений, вытекающих из патогенетических предположений. Наоборот, большинство работ посвящено отдельным наблюдениям над действием различных средств, применявшихся за неимением чего-либо лучшего. Вновь и вновь изучается действие переливаний крови, вливаний риванола, триафлавина, глюкозы, уротропина, серебра и сыворотки. Немало работ вновь посвящено местной внутриматочной терапии, описаны отдельные случаи радикального хирургического лечения (экстирпация матки) и перевязки вен. Если сравнить работы этих лет с работами, опубликованными 35 лет назад, то трудно будет отличить их не только потому, что они трактуют об одних и тех же способах, но и потому, что не видно никаких попыток дифференцировать лечение в зависимости от динамики процесса. Ярким подтверждением этому служат 18 работ (из числа 119), посвященных сульфаниламидам. Этим

¹ Конечно, эта необычайно низкая цифра смертности на большом количестве родов (за 1945 и 1946 гг. на 30 897 родов) объясняется в первую очередь высокой акушерской культурой, организацией работы акушерской клиники и рано применяемой рациональной терапией.

препаратам приписывается совершенно самостоятельное значение, и применение их не ограничивается какой-либо фазой или формой заболеваний, но проводится независимо от всех этих условий.

Во всех этих работах питается тщетная надежда на успех какого-либо одного средства, которое должно быть универсальным и спасительным во всех случаях пуэрперальной инфекции. Отсюда частые разочарования и горький пессимизм.

Наша концепция, основанная на понимании патологических явлений в их взаимосвязи и взаимозависимости, построена на иных основаниях и, как уже выше описано, сообщила нашим действиям совсем иные формы и иное существо.

Сейчас перед нами стоит задача дальнейшего совершенствования наших знаний, пока проблема пуэрперального сепсиса не будет окончательно разрешена.

Непосредственно к трактуемому вопросу примыкает проблема лечения инфицированного аборта. Рассмотрение ее совместно с изучением послеродовых заболеваний диктуется не только общностью путей распространения инфекции, но и принятой в институте систематизацией материала как в отношении дислокации больных, так и единого направления терапевтической школы.

На заре деятельности института проблема лечения аборта и вообще не возникала, так как с 1797 г. и по 1844 г. в отчете, составленном Какушкиным, никакого упоминания о выкидышах нет. Но уже в отчете Гугенбергера (1845—1859 гг.) в главе «Несвоевременные роды» дано описание 21 выкидыша, что на 8319 поступивших беременных составляет около 0,3%. Кровотечения при выкидышах большей частью были незначительны и только в 2 случаях, «при замедлившемся извержении зародыша, они угрожали опасностью и вынудили употребление тампона». Никаких указаний на клиническое течение и терапию больше не имеется. В качестве причины в 4 случаях считается «кровоной удар яйца», а в остальных «тяжелые телесные работы или душевные возмущения». Исход «для родильниц» был без исключения благополучен.

За период с 1860 по 1882 г. (Этлингер — Баландин) на 14 438 поступивших было 89 выкидышей, т. е. несколько больше 0,62%.

Подробное описание 150 выкидышей дано за период 1883—1893 гг. (Виридарский). К числу родов они составляют 2,6%, т. е. в 4 раза чаще предшествующего периода.

Причинные факторы установлены частично:

1. Хронические острые заболевания полового аппарата	26
2. Общие заболевания беременных	11
3. Placenta praevia (раннее кровотечение)	8
4. Жировое перерождение	1
5. Неправильное положение матки	3
6. Привычный выкидыш	2
7. Сифилис	11
8. Неправильное развитие яйца (пузырный занос)	1
9. Падение (ушиб)	4
10. Искусственный выкидыш в институте	1
11. Не выяснено	87

Терапия была более или менее консервативной: если не было показаний к немедленному вмешательству (высокая температура, эндометрит, значительное кровотечение), то такую больную укладывали в послеродовое отделение, где и оставляли до окончания выкидыша естественным путем. При появлении небольшого запаха (без значительной общей реакции организма) производилось влагалищное спринцевание теплым раствором сулемы (1 : 2000), и течение выкидыша предоставлялось «силам природы». При более грозных явлениях проводилась активная терапия, которую пришлось применить в 50 случаях; оперативные вмешательства имели следующий характер:

1. Отделение целиком всего яйца рукой	11
2. Ручное отделение остатков яйца	33
3. Выведение головки плода корнцангом	1
4. Выскабливание острой ложечкой	3
5. Выжимание плода и плаценты	1
6. Кесарское сечение (по поводу фиброида)	1

Таким образом в отношении лихорадящего выкидыша была избрана активная терапия, которая основывалась на господствовавшем тогда принципе — удалении остатков плодного яйца, могущего служить питательным материалом для бактерий. При этом способе лечения «послеродовых» заболеваний было 13 и лихорадило также 13 больных, т. е. общий процент заболеваемости после аборта равен 17,2%. Автор отчета указывает, что «если принять во внимание, что многие, имевшие выкидыши, поступали уже с явными следами эндометритов, что все формы «послеродовых» заболеваний были очень легкие (1 только раз параметрит, а то все легкие эндометриты) и смертности не было никакой, то нельзя не признать, что метод и течение послеродового состояния в наших случаях были довольно благоприятными».

Следующий период (1893—1897 гг. — Чапин) представляет дальнейшее возрастание числа выкидышей. Причина аборта предположительно выяснена в 25 случаях.

1. Заболевания и неправильное положение матки	10
2. Сифилис	3
3. Неправильное развитие и прикрепление яйца	6
4. Жировое перерождение последа	1
5. Общие заболевания беременной	2
6. Травма (побой, поднятие тяжестей)	2
7. Привычный выкидыш	1

Обращает на себя внимание еще более возросшая терапевтическая активность, в особенности за счет инструментальных методов.

1. Ручное удаление всего плодного яйца или остатков	41
2. Удаление яйца целиком при помощи абортцанга	8
3. Удаление яйца или остатков с выскабливанием	44
4. Извлечение плода за тазовый конец	5
5. Выжимание плодного яйца	3

Чаще всего, как указано, производились выскабливания, наибольшее количество которых падает на последние 2 года отчетного периода. После тщательного выскабливания полость матки обыкновенно выполнялась иодоформной марлей; последней тампонировалось также и влагалище. Тампон удалялся через сутки. Указаний на то, при каких обстоятельствах применялась активная терапия, не имеется. Нужно думать, что принципиальные взгляды о показаниях к активному вмешательству, а именно — повышение температуры, — не изменились по сравнению с предыдущим периодом. Это предположение тем более вероятно, что ободренный лучшими результатами, чем в предшествующие годы (всего лихорадило 9,0% против 17,2%, а смертных случаев не было вовсе), автор отчета Чапин пишет: «Такие исходы, полученные вследствие применения к лечению выкидышей более деятельных и смелых способов, дают нам право высказать пожелание, чтобы эти способы применялись чаще и, по возможности, раньше. Тогда можно будет надеяться, что с течением времени заболевания после выкидыша сделаются крайней редкостью».

Автор не мог тогда предвидеть, что криминальные причины абортоставшие доминирующими в последующие годы, радикально изменят клиническую картину заболевания и исходы его, а вопросы терапии совсем не будут такими ясными, какими они представлялись ему тогда. Значение этих новых факторов начинает выступать в период времени 1897—1906 гг., отчет за которые составлен Шабаком. Анализируя причины роста абортоставших, автор высказывает предположение, что в то «отдаленное время (50—60 лет назад) существовало меньше или почти не было тех болезней, которые вызывают в наше время аборт (инфекционные болезни, сифилис)». Однако к этому предположению впервые автор осторожно добавляет и «желание избавиться от беременности». Указаний на применявшееся в ту пору лечение в статье не имеется, а потому мы должны обратиться к следующей работе, в которой специально трактуются вопросы терапии (Якобсон). Автор основывает свои заключения на случаях выкидышей, которые прошли через институт с марта 1904 г. по 1 сентября 1907 г. В отношении причин, автор, указывая на трудность распознавания таковых, высказывает убеждение, что «резко повышающееся число абортоставших во всех странах за последние годы, частые случаи поранений плодовместилища, целый ряд судебных процессов указывает на несомненное учащение преступного искусственного выкидыша».

«Терапия выкидыша, по словам автора, различна и будет зависеть от стадии аборта, механизма данного выкидыша и его осложнений». Однако основным в то время по примеру предшествующих лет было активное лечение (опорожнение матки). Это явствует из того, что активное вмешательство было предпринято в 87%. Показанием к нему служили кровотечения — 613 раз, продолжительное кровотечение — 46 раз, признаки разложения и инфекции в полости матки — 33 раза (из них в 25 случаях при высокой температуре), и наконец, 195 раз показанием к вмешательству служила только повышенная

температура. После искусственного опорожнения полости матки высокая температура упала до нормы в 113 случаях, у 36 больных было однодневное повышение, у 29 — от 2 до 3 дней, у 5 — продолжительное повышение температуры. «Девять больных, поступивших с септическими явлениями, погибли, несмотря на вмешательство». Как видно из этих строк, сотрудники института в то время без всяких ограничений придерживались активной терапии; в дальнейшем автор статьи целым рядом логических доводов и клинических соображений обосновывает это направление. Что касается оперативной техники, то в институте все шире применялось инструментальное вмешательство (за исключением больших сроков беременности), охотно пользовались расширителями, резко отрицательно относились к ламинариям, тупело, прессованным губкам, браншевым расширителям Амана и тампонации влагалища и шейки, как это рекомендовал Дюрсен.

Детали оперативной техники, начиная от наркоза и показаний к нему, общей гигиенической обработки больной и дезинфекции операционного поля, точно разработанной методики расширения цервикального канала и внутриматочного манипулирования (пальцем или ложкой), а также обработки полости матки после операции — все были своеобразны, научно обоснованы и мотивированы, тщательно разработаны в институте и без всякого отступления, также педантично осуществлялись всеми его сотрудниками. Подробное описание всего комплекса вопросов, связанных с лечением начавшегося, в частности инфицированного, аборта, имеется в цитируемой статье. Резюмируя, автор дает схему лечения абортов, применявшуюся в институте. Из схемы мы приводим лишь ту часть, которая является предметом нашей темы.

«... 3. При разложении (*abort. putridus*):

а) при закрытой шейке — расширение и опорожнение матки,
б) при открытой шейке — опорожнение матки. В том и другом случае промывание полости матки, кроме сулемы и борной, еще спиртом, обыденный дренаж из иодоформной марли.

4. При начинающейся инфекции (*abort. septic.*):

а) при закрытой шейке | опорожнение матки, дезинфекция и
б) при открытой шейке | дренаж полости.

5. При инфекции полости матки и общих септических явлениях возможно быстрая и осторожная очистка полости матки, дезинфекция полости и дренаж».

Это направление, которое можно назвать «принципиально и неограниченно активным», соответствовало передовым понятиям того времени.

В последующие за этой работой годы, мы не имеем данных о каких-либо изменениях в проводившейся терапии лихорадящего аборта. Доклад Якобсона на VI Съезде совершенно не затрагивает вопросов лечения. Из приведенных в этом докладе цифр явствует, что за время с 1907 по 1911 г. поступило в институт 2720 больных по поводу выкидыша. Заболеваемость этих больных достигала 26,4%, а смертность — 0,9%.

В работе Бубличенко, посвященной более широкому вопросу «О заболеваемости и смертности в акушерстве», указано, что из поступивших с 1908 по 1912 г. по поводу аборта лихорадило 34,2% и умерло от септических заболеваний 0,77%. Эти цифры свидетельствуют о том, что в некоторые периоды времени смертность от септических заболеваний в институте при выкидышах почти в 10 раз превышала таковую при родах. Естественно, что это положение не могло оставить врачей института безучастными к животрепещущему вопросу о терапии внебольничного аборта.

Активное направление в лечении лихорадящего выкидыша стало прививаться и постепенно господствовать в нашем институте с конца 70-х годов прошлого столетия. Лучшей иллюстрацией этому служат цитированные выше отчеты и особенно доклад Якобсона, приводящего в обоснование этого направления клинический опыт института. Во всем мире также обычной была активная терапия, распространенная благодаря авторитету Фелинга, выступившего в 1878 г. против консервативного направления Негели, с его требованием «невмешательства».

Однако постепенное накопление опыта, анализ большого количества прошедших через институт больных, сенсационное выступление Винтера на Международном конгрессе гинекологов, происходившем в нашем же институте, продолжающийся рост потерь от абортов, прогрессивное движение научной мысли в институте вообще толкали наших врачей на ревизию занимаемых позиций в отношении лечения инфицированных выкидышей. Мы имеем возможность осветить отношение нашего института к этому острому вопросу в переломную эпоху за период от второй половины 1912 по 1922 г. включительно, т. е. уже после выступления Винтера.

Клиника Бубличенко подробно останавливается на затронутой проблеме. Он дает описание лечения инфицированных выкидышей (к последним относились выкидыши, сопровождавшиеся резким гнилостным запахом содержимого матки, хотя бы и с нормальной температурой или же протекавшие с однократным повышением температуры выше 38,5° или двукратным выше 38,0°). Из них, независимо от способа лечения, закончились смертью женщин 3,9%, тяжелыми заболеваниями — 10,8% и 29,3% — легкими заболеваниями. Что касается значения различных методов лечения, то результаты отнюдь не ясны. Из больных, леченных активно, умерло 3,9% и тяжело болело 10,4%. Леченных выжидательно-активно, т. е. оперированных после выжидания в течение 2—4 дней, было 59 женщин, из которых ни одна не умерла, а перенесли тяжелое заболевание 5 (8,4%). В случаях, закончившихся произвольно, в первый же день, смертности также не было, а тяжелые заболевания наблюдались в 7,7%. Наконец, при консервативной терапии, предпринятой у 13 больных, было 5 смертельных исходов, что составляет больше трети всех больных, и у 4 были тяжелые заболевания. Казалось бы, из этих цифр можно сделать простой вывод: наиболее выгодным является самостоятельное опорожнение матки, происшедшее без всяких лечебных вме-

шательств. На втором месте стоит выжидательно-активный метод, на третьем — активный и, наконец, на последнем — консервативный метод лечения. Но правильность такого вывода будет лишь кажущейся. Во-первых, автор не разъясняет показаний к тому или иному методу лечения, а ведь эти последние в значительной степени определяют окончательный исход. Кроме того, в группу леченных консервативно внесена 1 больная, умершая через 4½ часа после поступления в институт и 2 умерших больных, которым было сделано выскабливание перед поступлением в институт. Все они не могут считаться леченными консервативно и без достаточных оснований отягощают эту группу, косвенно улучшая результаты группы активно леченных. Таким образом выводы о преимуществах активного метода звучат недостаточно убедительно, хотя сам автор стремится в своих заключениях к объективности и осторожности.

Тем большее значение приобретает опубликование доклада одного из виднейших работников института — проф. Стрoгaнoвa, который считает вопрос о выкидыше, в частности лихорадящем выкидыше, далеко не разрешенным. В своем первом положении автор говорит, что этот вопрос «требует самого серьезного внимания и изучения». В изложенных автором 18 положениях явно проскальзывает склонность разделить позицию Винтeрa о ценности выжидательно-активного и даже консервативного метода лечения лихорадящего выкидыша, с одной стороны, и преимуществах опорожнения полости матки в ранние сроки беременности кюреткой, а не пальцем — с другой, «так как отделение яйца в этом периоде совершается легче, и операция сходна с гинекологическим выскабливанием».

Таким образом мы видим, что к середине 20-х годов нашего столетия институтом была тщательно разработана техника оперативного лечения аборта (Отт, Якобсон, Сицинский, Поволоцкая-Введенская, Стрoгaнoв), но в то же время в отношении выбора метода лечения это был период исканий. Многолетние успехи активной терапии, проводимой институтом, подкупали и своими результатами, и ясностью логических обоснований для ее применения, и укорочением времени пребывания больной на койке. Но, с другой стороны, все более частое поступление инфицированных больных с начавшимся вне института абортom сомнительного, а чаще криминального, происхождения, и ряд осложнений и смертельных исходов при разных методах лечения, в том числе и активного, вновь выдвинуло старую проблему терапии лихорадящего аборта, неразрешенную, несмотря на все искания. Необходимость научного разрешения этой проблемы вызвала дальнейшие работы в этом направлении, причем впервые по почину проф. Бубличенко и под его руководством был применен бригадный метод научной разработки материала.

В 1927 г. на I Всеукраинском съезде была доложена часть коллективно разработанного материала нашего института (Бубличенко, Левит, Барский). Бригада представила съезду материал неполных абортov, прошедших через институт за период с 1907 по 1926 г. Бубличенко указал на несовпадение результатов лечения инфици-

рованных аборт в разных учреждениях и, что еще важнее, впервые на основании клинико-статистического анализа дал определение понятия «инфицированный выкидыш». Автор приходит к ряду выводов, которые имели принципиальное значение, так как отражали направление института того времени.

«1. Каждый поступивший извне в учреждение выкидыш следует рассматривать как инфицированный и направлять в септическое или изоляционное отделение (это положение в дальнейшем подтверждено бактериологическими исследованиями сотрудника клиники Вейц).

2. Неполный выкидыш должен лечиться активно, если нет признаков перехода инфекции за пределы матки и других признаков тяжелой инфекции (налеты!)...

8. Результаты лечения находятся в зависимости от срока выкидыша. До 4 месяцев заболеваемость и смертность от инфицированных выкидышей повышается тем более, чем позднее прерывается беременность.

9. Чем раньше от начала выкидыша производится выскабливание при инфицированном выкидыше, тем больше шансов на гладкое выздоровление».

Мы привели из работ Бубличенко только часть выводов, имеющих принципиальное значение.

Характерной чертой для того времени (т. е. 20 лет назад) в вопросе о лечении внебольничного аборта было полное принципиальное расхождение среди врачей всех стран и континентов. Одни, весьма крупные авторитеты (Трауготт, Франц, Фют) проводили линию выраженного консерватизма, другие, не менее крупные (Хальбан, Дедерлейн), отдавали предпочтение активной терапии, третьи (Цельник) провозглашали равноправие обоих направлений. Интересно, что в разных концах земного шара в одно и то же время швед Ион Олов из Упсалы горячо ратует за активную терапию, приравнивая выскабливание при неполном аборте к чревосечению при внематочной беременности, а бразилианец Октавио Суза из Рио-де-Жанейро предпочитает хладнокровное выжидание, мотивируя это лучшими результатами.

Борьба двух направлений в лечении инфицированного выкидыша продолжалась, и положения института не могли оставаться неизменными. Понятно, что все новое и прогрессивное, что могло быть использовано, было включено в систему института.

В своей следующей работе проф. Бубличенко, анализируя противоречивость статистических данных и результатов лечения, делает предположение, что большее значение, чем метод лечения, имеют в исходе заболевания другие важные факторы: характер инфекции, общая сопротивляемость организма больной, срок прерванной беременности, срок, прошедший от инфекции до поступления больной в стационар, происхождение выкидыша и многое другое, что не всегда удается учесть и что делает статистические материалы неоднородными и несравнимыми. Поэтому в работе гораздо определеннее очерчены противопоказания к выскабливанию: 1) септические налеты во влагалище

и на шейке матки, 2) признаки перехода инфекции за пределы матки (воспалительные опухоли, выпоты со стороны придатков, тазовой брюшины и клетчатки), 3) повторные ознобы с повышением температуры до 41° , поскольку они совпадают с поступлением в кровь вирулентных микробов. Сомнительных результатов, по мнению автора, можно ожидать от активного лечения также в тех случаях, если повышение температуры (выше 38°) длится более 5—7 дней в течение выкидыша.

Естественно, далее, что и строгий ригоризм в требовании раннего вмешательства сменяется более спокойным методом кратковременного выжидания в течение 1—2 суток. Это выжидание не пассивное, но должно быть использовано в целях: 1) лучшего выяснения характера инфекции и, следовательно, лучшей возможности сделать выбор терапии и 2) применения профилактического лечения до выскабливания. Это лечение осуществляется назначением стрептоцида, хинина по 0,25 4 раза в день внутрь и питуитрина по 1,0 2 раза с часовым промежутком подкожно или адреналина (1 : 1000) по 0,3 3 раза подкожно и препаратов спорыньи (лучше подкожно или внутримышечно), что, по наблюдениям автора, значительно снижает смертность и уменьшает число тяжелых заболеваний. По его данным, на 793 инфицированных выкидышей, леченных выскабливанием без предварительного профилактического лечения, умерло 19 (1,06%) и тяжелых септических больных было 27 (1,51%), а из 259, леченных профилактически, ни 1 больная не умерла и было только два тяжелых септических заболевания (0,77%). При отсутствии противопоказаний проф. Буличенко рекомендует в качестве консервативного лечения перетяжку живота резиновой кишкой на уровне пупка с целью усиления пассивной гиперемии в малом тазу (Буличенко и Дерчинский); перетяжка производится 2 раза в день по 20 минут в тех случаях, где выскабливание нежелательно.

В качестве средств, предупреждающих распространение инфекции после выскабливания, автор советует непосредственно за операцией вводить внутривенно 10 мл 40% раствора уротропина, 20 мл 1% раствора риванола и т. д. Обескровленным больным следует делать переливание крови; при невозможности — проводить аутогемо- или гомогемотерапию или подкожное введение противострептококковой сыворотки.

Таким образом к 40-м годам нашего столетия в институте сложилась система мероприятий по лечению инфицированного аборта, заключающаяся из кратковременного активного выжидания с применением профилактического лечения, учета точно описанных противопоказаний к вмешательству, индивидуального выбора самого вмешательства и, наконец, профилактических мероприятий после этого вмешательства. Эта, разработанная институтом система была подтверждена резолюцией Ленинградского акушерского общества в 1940 г. по докладам проф. Скробанского и А. М. Шустера. Резолюция ограничивала активный метод лечения инфицированных аборт и делала особое ударение на одновременном медикаментозном лечении больных, что совершенно совпадало с положениями института и появилось в резолюции под влиянием институтского направления.

В 1941 г. из института были опубликованы новые работы, посвящен-

ные трактуемому нами вопросу. А. М. Шустер, работавший в контакте с институтом, в своей статье уточняет методы лечения при осложненных септических абортах, в частности рекомендует раннюю кольпотомию при первых признаках пельвеоперитонита, а при большом лейкоцитозе и признаках разлитого перитонита — вскрытие брюшной полости над лобком.

Проф. Бубличенко в том же 1941 г. публикует работу, развивающую далее и более детально установки института, принятые к началу 40-х годов. Излагая более подробно систему профилактического лечения, автор останавливается перед вопросом, не будет ли при таком лечении, связанном с известным временем выжидания, упущено время для успешного лечения выскабливанием. И в следующих строках автор дает исчерпывающий ответ. «При высоко агрессивной инфекции и слабой сопротивляемости организма наступает быстрое распространение инфекции, и выскабливание не только этого не предупреждает, но даже, может быть, его облегчает. При маловирулентной инфекции и без всякого лечения наступает ограничение последней, и температура снижается, если даже части плодного яйца еще остаются в матке. При инфекции средней тяжести поворот в сторону ее генерализации или излечения наступает в течение более длительного времени, чем при тяжелой инфекции». Определить характер инфекции, само собой разумеется, значительно легче в течение некоторого времени, и «таким образом недлительное выжидание не отражается отрицательно на результатах лечения, а скорее, наоборот, дает лучший исход».

Важное значение имеет профилактическое лечение. Это положение автор подкрепляет своим материалом, представленным в таблице.

Метод лечения	Общее число выкидышей	Число осложнений			Умерло
		общий сепсис	поражения с локализацией вне матки	поражения с локализацией в матке	
Леченные профилактически	259	2 (0,77%)	5 (1,93%)	7 (2,70%)	0
Нелеченные профилактически	1793	27 (1,51%)	68 (3,79%)	30 (1,63%)	19 (1,06%)

Эти цифровые данные позволяют автору сделать ряд выводов.

«1. Неполный инфицированный выкидыш следует рассматривать, как начавшийся септический процесс.

2. Вопрос о лечении неполного септического выкидыша не должен решаться только выбором активного или консервативного способа. Выскабливание только один из компонентов лечения инфицированного выкидыша.

3. Чтобы более точно установить клиническую картину неполного инфицированного выкидыша и иметь возможность выбрать надлежащий способ лечения, а также подготовить больную для выскабливания, допустимо недлительное (1—2 дня) выжидание до активного лечения.

4. Профилактическое лечение неполного инфицированного выкидыша предупреждает осложнения и дает положительные результаты при активном способе лечения».

В развитие этих положений была проведена работа аспирантом института З а б а л у е в о й в филиале Центрального института акушерства и гинекологии (1 Коммунальная больница), которая на основании изучения больных инфицированным абортom пришла к совершенно аналогичным выводам о преимуществах изложенной выше концепции. Так же точно и в дальнейших работах института, посвященных этой проблеме (П о п о в а - Д ю м и н а, Ш а в л е н к о и К о г а н, К а р ш и н а), находят свое подтверждение изложенные выше положения Б у б л и ч е н к о. В частности, еще более подкрепляется необходимость предварительного наблюдения и профилактического лечения при выборе активной терапии: «температура выше $39,0^{\circ}$ до выскабливания имеет большое прогностическое значение, так как при такой температуре чаще развиваются после выскабливания септические послеабортные осложнения» (П а в л е н к о и К о г а н) и «после предшествующего выскабливания тазовые перитониты протекают хуже, чем без такового» (К а р ш и н а).

В одной из новых работ, посвященных проблеме лечения инфицированного выкидыша, проф. Б у б л и ч е н к о синтезирует опыт и декларирует точку зрения института. Принципиальные положения о выжидательно активной терапии и значении профилактического и непосредственно послеоперационного лечения, характеризованного нами выше, остались прежними. Лишь в качестве дополнительного средства в системе профилактического (предварительного) лечения автор добавляет внутривенные вливания хлористого кальция, который, «стимулируя ретикуло-эндотелиальную систему и регулируя жизнедеятельность клеточных элементов, может быть эффективным в начальных стадиях инфекционного процесса, каковым представляется неполный инфицированный выкидыш». Непосредственно же после выскабливания показано, кроме перечисленных раньше, повторные вливания 10% раствора акрихина или 10 мл урострептоцида, который, обладая бактериостатическими свойствами, ограничивает возможность распространения инфекции по кровяному руслу.

Последние материалы сотрудника института Д е м и ч е в а, обработавшего детально внебольничные аборты в Ленинграде за время войны и блокады, полностью гармонируют своими выводами с общим направлением института.

Таким образом за полтора века существования института проблема лечения инфицированного аборта стояла непрерывно в центре его внимания. В доантисептическую и в начале антисептической эры, естественно, что отношение к возможности оперативных методов лечения было принципиально отрицательным. С конца прошлого столетия обозначился бурный расцвет антисептических методов. Одновременно с этим в нашем институте, как и повсюду, господствовало понимание инфекционного процесса, в частности инфекции при аборте, как функции одного лишь факта бактериальной инвазии, абсолютно определяю-

щей исход заболевания. Поэтому широкое развитие получила доступная благодаря антисептике и поддерживаемая концепциями ортодоксальной бактериологии неограниченная активная терапия. Клинически это выразалось в немедленном опорожнении матки при наличии признаков инфекции с целью элиминации последней.

К 20-м годам нашего столетия, когда в понимании инфекционного процесса макроорганизм занял подобающее ему место, терапия инфицированного аборта в нашем институте модернизировалась. Решающим стало не только и не столько «выскабливать или нет», а ведущим принципом терапии стала помощь организму в борьбе с инфекцией путем повышения его защитных свойств и воздействия на самих бактериальных возбудителей, т. е. рациональное сочетание медикаментозного лечения с оперативным вмешательством.

Мы имели возможность познакомиться с опубликованными за последние годы работами иностранных авторов по трактуемому вопросу. К сожалению, ни в одной из них мы не могли уловить, несмотря на углубленный подчас анализ автором материала, какой-либо дельной и детально разработанной системы лечения или чего-либо принципиально нового и оригинального, что заслуживало бы заимствования и подражания.

Не отвергая опыта родственных советских учреждений, а также зарубежных клиник, с полным уважением относясь к достижениям других авторов, мы должны поставить себе целью продолжать собственные усилия в дальнейшем совершенствовании терапии инфицированного аборта.

Однако этим задача еще не исчерпывается. Проф. Б у б л и ч е н к о, посвятивший в течение 35 лет много трудов проблеме борьбы с абортom, пришел к необходимости расширения мероприятий по борьбе с абортами, что и было доложено им на пленуме Наркомздрава СССР в ноябре 1944 г. Анализируя причины внебольничного аборта и меры борьбы с ним, он указывает на выдающуюся роль в этой борьбе Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8/VII 1944 г., а также постановления трех наркоматов. Автор представляет схему мероприятий по борьбе с абортom и участие в ней ряда учреждений, призванных к этому.

- I. Учет беременных и наблюдение за ними.
- II. Выявление криминальных абортов.
- III. Контроль за их выявлением и предупреждением.
- IV. Материально-бытовая помощь беременным.
- V. Меры психологического воздействия.
- VI. Профилактика самопроизвольных абортов.
- VII. Предупреждение послеабортных осложнений.

Детализируя в докладе перечисленные выше положения, автор создает стройную систему борьбы с абортom с участием медицинских, профсоюзных и общественных организаций, которая не осталась безуспешной. Этим самым мы еще ближе подошли к окончательному разрешению тягостной проблемы, стоящей в центре нашего внимания.

Мл. научн. сотр. Ф. С. ВЕЙЦ

История возникновения и развития деятельности клиники ранней пуэрперальной инфекции

До 1946 г. сомнительное отделение существовало внутри клиники послеродовых заболеваний в виде нескольких отдельных палат.

В этих палатах помещались родильницы с невыясненными формами заболеваний в раннем послеродовом периоде, и лишь по выявлении диагностики распределялись по соответствующим отделениям.

Необходимость разработки способов ранней диагностики начальных форм пуэрперальной инфекции и в связи с этим соответствующих способов лечения побудила к организации нового отделения, где концентрировались бы ранние, обратимые формы заболевания, детальное изучение которых и является задачей сегодняшнего дня.

С марта 1946 г., на основании приказа Министерства здравоохранения СССР, было образовано самостоятельное отделение, с выделением его из клиники послеродовых заболеваний.

Клиника ранней пуэрперальной инфекции отделена от акушерской клиники закрытым коридором, а с клиникой послеродовых заболеваний, расположенной в третьем этаже, сообщается внутренней лестницей.

Коридором сомнительное отделение сообщается с акушерской клиникой, а лестничным сообщением с клиникой послеродовых заболеваний, которая размещается в третьем этаже этого же флигеля.

В первом этаже этого корпуса сомнительное отделение имеет приемный покой совместно с клиникой послеродовых заболеваний.

В сомнительном отделении предусмотрена изоляция рожениц и родильниц с желудочно-кишечными заболеваниями, больных с заразными формами сифилиса, больных гонорреей, с гриппозными заболеваниями, а также с различными кожными заболеваниями и гнойными очагами (фурункулез, пиодермия, панариции, периоститы).

Три палаты занимаются новорожденными детьми родильниц, пребывающих в сомнительном отделении.

В отделении имеется своя операционная комната для акушерских операций. Штат отделения на 1946 г. состоит из заведующего отделением — профессора, одного старшего и двух младших научных сотрудников, старшей медсестры, девяти акушерок и 11 лиц младшего медицинского персонала.

Основной клинической задачей сомнительного отделения в настоящее время является дифференцированное обслуживание всех родильниц, которые, не представляя еще выраженных форм послеродовых заболеваний, подлежащих ведению клиники послеродовых заболеваний, в то же время, вследствие наличия инфекции, являются опасными для окружающих здоровых родильниц и потому подлежат изоляции.

В дальнейшем, в случае выявления выраженных форм пuerперальных заболеваний, эти больные переводятся в КПЗ.

Те же родильницы, которые представляли случайные или интеркуррентные заболевания, или попали в сомнительное отделение из-за одновременного существования каких-либо гнойных процессов, остаются в сомнительном отделении до выздоровления, после чего выписываются непосредственно домой.

В сомнительное отделение поступают родильницы с первым повышением температуры, как рожавшие в родильном лазарете, так и переведенные из нормальных послеродовых отделений, а также родильницы, родившие вне института (домашние, уличные роды).

К группе рожениц и родильниц, подлежащих помещению в сомнительное отделение, по тем же соображениям принципиально относятся и все случаи преждевременных родов.

За первые 8 месяцев своего самостоятельного существования в клинику было помещено 1 438 больных. Всего проведено 11 127 койко-дней, что составляет в среднем 7,7 койко-дня на одну больную.

Всего прошло через клинику:

1. Роженицы с признаками инфекции в родах	398
2. Преждевременные роды	122
3. Роды вне института а) срочные	214
б) преждевременные	36
4. Различные осложнения после родов (задержка частей последа с повышением температуры или гинекологические заболевания)	45
5. Осложнения во время беременности (инфекция)	20
6. Угрожающие преждевременные роды (с признаками инфекции)	23
7. Аборты: а) угрожающие	15
б) неполные	433
в) полные	125
г) искусственные	7

Всего: 1438

Прежде всего следует остановиться на группе рожениц, доставленных в институт с явными признаками инфекции: в количестве 398 больных.

Среди лихорадящих рожениц большая часть была с признаками инфекции родовых путей и небольшое количество рожениц — с умершим внутриутробно плодом. Это последнее обстоятельство трактуется в институте как показание к изоляции, независимо от причин смерти плода.

Несмотря на признаки инфекции в родах, больше половины этих больных не перенесли в послеродовом периоде никаких осложнений, и средняя длительность пребывания их в клинике равнялась 7,7 койко-дням. Можно думать, что отчасти причиной этих благоприятных исходов является широко применяемое предупредительное лечение в виде переливания крови, больших доз сульфаниламидов и сульфонов, внутривенного вливания урострептоцида, риванола непосредственно после оперативного родоразрешения и т. д.

Вторую большую группу наших пациенток составляли 122 роженицы с преждевременными родами, которые независимо от наличия или отсутствия признаков инфекции направляются для родоразрешения в родильный лазарет и далее в сомнительное отделение.

Такая позиция должна быть признана совершенно правильной; среди этих больных обнаружены заболевания туберкулезом, гриппом, малярией, острым отитом, нагноением миоматозного узла, отдельные случаи сифилиса и т. д.

Нужно думать, что эти заболевания и послужили причиной несвоевременного наступления родов.

Следующие две группы больных сомнительного отделения составляют срочные роды вне института (214 больных) и преждевременные роды вне института (36 больных).

Естественно, что наибольшую часть среди них составляют повторные роды, особенно вторые и третьи, которые обычно протекают легко и быстро. Это и явилось причиной родоразрешения до поступления в институт. Среди них первородящие составляют всего 18%, т. е. процент в два раза меньший, чем среди родильниц, разрешившихся в институте. Из этих родильниц 13 было переведено в КПЗ, т. е. 7% — цифра довольно значительная.

Таким образом нельзя считать, как это иногда принято, что быстрые самопроизвольные роды до поступления в стационар, являются гарантией гладкого послеродового течения. В ряде случаев это правильно, но не мало случаев, когда быстрые, внебольничные (так называемые уличные) роды отнюдь не знаменуют благоприятного послеродового течения.

В четвертой группе особое место занимают 14 больных, доставленных в отделение по поводу кровотечения в послеродовом периоде. У всех этих больных наблюдение выявило остатки плацентарной ткани, что и послужило во всех случаях показанием к оперативному вмешательству.

Кроме перечисленных больных, в клинику направлялись беременные, требующие стационарного лечения вследствие наличия интеркуррентного инфекционного заболевания: энтероколит — 10, малярия — 2, туберкулез — 2, гоноррея — 1, пизелит — 3, гнойные очаги — 2. Все они сохранили беременность, и частью (7 больных) переведены для дальнейшего наблюдения в родовую клинику, 11 — выписаны домой под наблюдение консультации, а 1 — переведена в гоноррейное отделение института для продолжения лечения и 1 — в туберкулезную больницу. Из доставленных в отделение 23 больных с угрожающими преждевременными родами разных сроков все сохранили беременность, за исключением одной, и частью выписаны домой (6 человек), а остальные 17 — переведены в родовую клинику для дальнейшего наблюдения.

Точно так же удалось сохранить беременность 15 поступившим в клинику по поводу угрожающего аборта разных сроков. Эти результаты служат прямым подтверждением правильности проводимой работы.

В группе больных с полными и неполными абортами одним из важнейших факторов исхода является температура. В группе больных с неполными абортами, леченных консервативно (без выскабливания), на общее число в 116 чел. из поступивших с температурой выше $39,1^{\circ}$ умерло 2 чел., а в группе леченных активно, т. е. подвергнутых выскабливанию непосредственно при поступлении, из 293 чел. также умерло 2 чел., которым выскабливание было произведено при температуре выше $39,1^{\circ}$.

Наиболее благополучной является группа в 117 больных, у которых выскабливание было предпринято после профилактического лечения и кратковременного ожидания в течение 1—2 дней. В этой группе не было ни одного случая смертельного исхода.

Лечебная работа

Как явствует из структуры сомнительного отделения, основной задачей его является ранняя диагностика заболевания и проведение раннего (профилактического) лечения, с целью купирования угрожающей инфекции. В этих целях широко применялись способы, повышающие сопротивляемость организма, с одной стороны (переливание крови), а с другой — меры воздействия на бактериальных возбудителей по принципу *therapia sterilisans magna*.

К ним относятся в первую очередь — сульфаниламиды (большие дозы стрептоцида), и особенно новое средство «805» — сульфадиазин, препарат, представляющий собой аналог американскому «промину» и полученный с завода «Фармакон». Этот препарат был применен для лечения 75 больных с наиболее тяжелыми начальными формами послеродовых и послеабортных заболеваний. Лишь несколько раз пришлось этот препарат отменить из-за появившегося цианоза.

Во всех других случаях, за исключением двух, он оказал прекрасное терапевтическое действие, вызывающее быстрое падение температуры, улучшение состояния больной и выздоровление.

В двух случаях у больных, поступивших с явлениями распространенного септического процесса после криминального вмешательства с целью плодизгнания, сульфодиамин никакого эффекта не оказал, равно как и другие средства, вплоть до больших доз пенициллина.

При угрожающих абортах и угрожающих преждевременных родах применялись подкожные инъекции пантопона и витамин Е.

Научная работа, развернувшаяся в клинике после ее открытия, охватывает вопросы раннего применения сульфодиамин («805») при пуэрперальных заболеваниях и лихорадочных выкидышах, кроме того, проводится изучение клиники и терапии внебольничного аборта поздних сроков.

К моменту написания настоящей статьи удалось выяснить природу цианоза у некоторых больных при применении сульфодиамин.

Путем электрофотометрии установлено в таких случаях наличие в крови метгемоглобина в количестве от 1,0 до 19% при специальных нагрузках. В то же время выявлена возможность полного устранения метгемоглобинемии путем введения в вену 1% раствора метиленовой синьки в 25% глюкозе, в количестве 8,0—10,0 куб. см.

Одновременно удалось установить интересный факт повышения бактерицидных свойств цельной крови у родильниц после получения ими больших доз изучаемого средства (сульфодиамин).

В настоящее время дальнейшее изучение препарата переносится в лабораторию для эксперимента на животных и испытания.

Основной проблемой, занимающей всех сотрудников клиники, является вопрос о значении иммуно-биологической реактивности, а также о сосудистых реакциях родильниц в развитии пуэрперального инфекционного процесса.

Работа по этой проблеме ведется в четырех направлениях:

1. Изучение общей (неспецифической) реактивности родильниц при ранних формах пуэрперальной инфекции.
2. Изучение кожно-эритемной реакции на ультрафиолетовое облучение у тех же родильниц.
3. Наблюдение над изменениями капиллярного кровообращения у тех же родильниц, и, наконец,
4. Изучение специфических иммуно-биологических реакций (титр комплемента, бактерицидность крови и сыворотка, фагоцитоз) у тех же родильниц.

Научн. сопр. С. Н. ЗИЛЬБЕРТ

Заболевание грудных желез

По материалам ЦИАГ

В грудной железе женщины происходят в течение беременности, родов и послеродового периода глубокие изменения строения и функции. Усиленное развитие молочных долек происходит во время беременности под влиянием половых гормонов; после родов, под воздействием лактогенного гормона передней доли гипофиза, начинается усиленная функция грудной железы.

Состояние соска, мышечный тонус его, эластичность кожи определяют степень устойчивости соска по отношению к травме, наносимой актом сосания. В случаях недостаточности одного из указанных факторов, под влиянием сосания могут возникать трещины. Последние могут служить входными воротами для инфекции.

Если вопрос об этиологии послеродовых маститов можно считать достаточно выясненным, то в вопросе его предупреждения и лечения имеются разногласия и в настоящее время. Взгляды на те и другие менялись, и с этой точки зрения исторический обзор представляет известный интерес.

Сведения о воспалении грудной железы за первые 100 лет существования нашего института мы встречаем в медицинских отчетах, составленных Какушкиным за период с 1797 по 1844 г. На 4217 родов отмечено 73 воспалительных заболевания грудной железы, т. е. 1,7% (молочная лихорадка — 56 случаев и воспаление молочной железы — 17 случаев). Гугенбергером за период с 1845 по 1859 г. на 8036 родов было зарегистрировано 32 больных маститом, что составляет 0,4%, причем у 4 из них мастит развился еще во время беременности. В медицинском отчете Виридарского за период

с 1839 по 1893 г. упоминается уже о 98 случаях мастита на 5614 родильниц (1,7%). В следующем медицинском отчете Чапина за период с 1893 по 1897 г. сообщается о 104 маститах на 5032 родов (2%).

Этими скромными данными и ограничиваются сведения о воспалительных заболеваниях железы за первые 100 лет существования института.

Предметом нашего изучения послужил материал акушерского отделения института за период с 1897 по 1946 г. включительно (три квартала 1946 г.). По имеющимся отчетам числится 654 случая заболевания грудной железы. Изучению подверглись имеющиеся в наличии истории болезни и отчеты, отображающие только 590 случаев.

Нами собран материал за 37 лет, так как за периоды 1900—1902 гг., 1914—1916 гг., 1922—1925 гг., сведения о воспалительных заболеваниях грудной железы отсутствуют. С 1942 по 1944 г. вследствие Великой Отечественной войны институт был закрыт.

За исключением указанных периодов с 1897 по 1946 г. на 101903 родов зарегистрировано 458 воспалительных заболеваний грудной железы, что составляет 0,45%. Кроме того 132 больных поступило после родоразрешения вне института.

Распределение больных по возрасту представлено в табл. 1.

Наибольшее число больных с воспалением грудных желез приходится в среднем на возраст 21—25 лет, что вполне понятно, так как максимальное число рожениц, а в особенности первородящих падает на этот возраст.

Таблица 1

Возраст больных	Количество
От 15 до 20 лет	44 (7,5%)
От 21 до 25 „	232 (39,3%)
От 26 до 30 „	183 (31,0%)
31 и выше	131 (22,2%)
Всего	590

Давно установлено, что как трещины сосков, так и воспаления грудной железы у первородящих встречаются гораздо чаще, чем у повторнородящих, в силу общеизвестных причин.

Так, воспалением грудной железы болело 378 женщин, первородящих — 64%, 150 повторнородящих — 25,4% и 62 рожавших более 2 раз — 10,6%.

По характеру заболевания воспаления грудной железы распределялись следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Виды маститов	Количество
Интерстициальный	240 (40,7%)
Периареолярный	27 (4,5%)
Ретромаммарный	10 (1,7%)
Паренхиматозный	220 (37,3%)
Эритемы	93 (15,8%)
Всего	590

По нашим данным, среди воспалительных заболеваний грудной железы до 1941 г. превалировала паренхиматозная форма — 42,8% (193 случая), а с 1944 г. интерстициальная — 54,7% (76 случаев).

Кроме того, с 1941 г. чаще отмечены поражения периареолярной области. Так, на 139 заболеваний грудной железы в 19 была поражена периареолярная область (13,7%), в то время как по старым материалам поражение этой области отмечено всего в 8 случаях на 451 заболевание (1,8%) грудной железы. Однако было бы неправильным на этом основании заключить о большей частоте этой формы маститов в настоящее время, так как это увеличение может быть объяснено более тщательным осмотром и более детальной записью в истории болезни.

По Когану (215 заболеваний маститом), область соска и ареолы была поражена 18 раз (8,5%). Коган считает, что происхождение периареолярной формы мастита зависит от анатомических особенностей железы и направления ее лимфатических путей. Возможно, что эта точка зрения правильна, нельзя исключить и того, что известное значение могут иметь и неправильные манипуляции, производимые роженицами над грудными железами при сцеживании молока.

Крайне редкая форма заболевания маститом — ретромаммарная — наблюдалась в 10 случаях (1,7%). Благодаря более точной и детальной диагностике различных форм маститов в последнее время и эта форма отмечается чаще, нежели в прежние времена. Из табл. 2 также

видно, что в 93 случаях имелась слабо выраженная форма воспалительного заболевания грудных желез — эритемы, следовательно, собственно маститов было 497 случаев, причем в последнее время эритемы встречаются значительно реже, чем в предыдущие годы.

Воспалительные заболевания грудных желез начинаются, как правило, в послеродовом периоде, и, как исключение, — до родов.

По данным Груздева, Бумма, Винкеля, маститы возникают преимущественно на 2—3-й день после родов. Воспаления грудных желез, по началу заболевания, представлены в табл. 3.

Таблица 3

Начало заболевания	Количество
На 1-й неделе	250 (42,3%)
„ 2-й „	253 (43,0%)
„ 3-й и позже	62 (10,5%)
Во время беременности . .	25 (4,2%)
Всего	590

Из табл. 3 видно, что воспалительные заболевания грудных желез, по нашим данным, наблюдались на 1-й неделе в 42,3%, а на 2-й неделе чаще — в 43,0%. Значительно участились заболевания грудных желез во время беременности с начала войны — 8,6% против 2,9% в прежние годы.

В клинической картине воспалений грудной железы можно было отметить еще одну особенность в послевоенное время сравнительно с довоенным. Так, реакция организма при мастите обычно выражается значительным повышением температуры, что подчас является одним из первых симптомов начинающегося заболевания. В послевоенном периоде мы могли отметить несколько заболеваний маститами, протекавших с развитием инфильтратов и даже абсцессов, которые не давали обычного повышения температуры и протекали с субфебрильной и даже нормальной температурой, что указывает на недостаточность температурной реакции со стороны организма, повидимому, в связи с перенесенными дистрофиями. Это отмечено также и по отношению к послеродовым заболеваниям.

Как известно, в этиологии воспалений грудных желез существенную роль играют трещины грудных сосков, как входные ворота для инфекции. Поэтому, переходя к вопросу о профилактике воспалений грудной железы, нельзя пройти мимо этого заболевания, осложняющего период кормления. Поскольку в настоящей работе мы не ста-

вили себе целью изучать трещины сосков, так как они не относятся к воспалительным заболеваниям грудной железы, то мы не находим уместным трактовать о профилактике трещин, но считаем небезинтересным коснуться вопроса лечения трещин сосков, как профилактики воспаления грудной железы.

Для лечения трещин сосков мы располагаем большим арсеналом средств. В 1897 г. применялись теплые сулемовые компрессы, которые в дальнейшем, с 1899 г., были заменены свинцовой примочкой, борным раствором со спиртом (Sol. acidi borici in spir. vini rectific. 70°—2%), затем, с 1903 г.—глицерином со спиртом (Spirit. vini rectific. glycerini aa), а с 1905 г. как вяжущее средство с целью вызвать образование защитной пленки употреблялся таннин со спиртом (Sol. acidi tannici in spir. vini rect. 70°—5%), с 1919 г. таннин с глицерином (Sol. acidi tannici in glycer. — 5%) и с 1937 г. следующее средство: Rp: Plumbi acetici—0,5; gummi arabici pulverati—1,0; Aq. destillatae—20,0. D. S. по 2—3 капли на соски после кормления.

В качестве дезинфицирующего лечения с 1898 г. трещины сосков смазывались иодной настойкой, а с 1913 г. с этой же целью употребляли Sol. argent. nitrici 2% и мазь Микулича, Rp.: Argent. nitrici—1,0; Balsami peruviani—10,0; Zinci oxydati—10,0; Vaselini flavi—30,0. Кроме того, трещины припудривались порошком висмута, а с 1905 г. вместо припудривания применялась висмутовая мазь—10—20%.

Учитывая содержание витаминов в рыбьем жире, для изготовления висмутовой мази с 1937 г. приготавливали мазь с рыбьим жиром в следующей прописи. Rp: Ol. Jecoris Aselli, Ol. Vaselini aa 30,0, Bismuti subnitrici 4,0. M. D. S. мазь для сосков.

Большой успех в опыте лечения ран белым стрептоцидом во время войны дал основание испробовать его для лечения трещин сосков. Проф. Бубличенко была предложена для этой цели 40% глицериновая эмульсия белого стрептоцида в следующей прописи: Rp. Glycerini 50,0; Streptocidi albi 20,0. M. D. S. эмульсия для сосков. Довольно ободряющие результаты были получены от впервые примененного в 1931 г. лечения кварцевым светом, методика и техника которого изложены в обстоятельной диссертации сотрудника нашего института Куколева.

Большое количество предлагаемых средств показывает, что лечение трещин действительно, представляет собой трудную задачу, поскольку раз образовавшиеся трещины постоянно травмируются при частом кормлении, что исключает столь необходимый покой для заживления раны.

При лечении воспалительных заболеваний грудной железы применяются или консервативные методы, или консервативные и хирургические, в зависимости от вида заболевания.

В медицинском отчете Какушкина за период 1797—1844 гг., а также в отчете Гугенбергера за 1845—1859 гг. указаний о количестве произведенных разрезов грудной железы не имеется.

Первые сведения о произведенном вскрытии мастита мы встречаем в отмеченном выше медицинском отчете Виридарского, где

на 98 случаев воспаления грудной железы было 10 случаев гнойного мастита, потребовавших хирургического вмешательства (10,2%). У Чапина на 104 случая воспаления грудной железы вскрытие абсцесса было произведено только в 1 случае (0,9%).

По нашим данным, с 1897 г. из числа разрешившихся в институте хирургическому лечению подверглось 158 больных (34,5%), а из числа поступивших извне вскрытию абсцесса подверглось 82 больных (62,1%). Такой процент, почти вдвое больший, говорит о том, что успех консервативного метода лечения воспалительных заболеваний грудной железы, возможно, зависит от своевременно начатого лечения.

В клинической картине маститов, подвергавшихся хирургическому лечению, обращало на себя наше внимание длительно протекавшее размягчение инфильтратов и позднее формирование абсцессов в послеоперационном периоде, а также длительность заживления ран. Кроме того, после вскрытия абсцессов оставшиеся инфильтраты длительное время не рассасывались, несмотря на то, что мы применяли достаточно широкие разрезы.

Что касается техники вскрытия маститов и последующего лечения, то, по нашим данным, первое вскрытие было произведено с бромэтиловым наркозом в 1907 г.

Затем в 1913 г. сообщается о применении хлорэтила для общего наркоза, в 1917 г. — хлороформа, в 1931 г. — эфира. В настоящее время чаще пользуются хлорэтиловым наркозом (Rauschnarkose).

Кроме общего наркоза, вскрытие мастита производилось также и под местной анестезией, чаще всего в виде замораживания хлорэтилом. В 1937 г. упоминается об инфльтрационной анестезии 1/2% раствором новокаина, главным образом при абсцессах, не покрытых резко гиперемизированным и истонченным кожным покровом.

Для дренажа, кроме иодоформенного тампона, с 1917 г. стали применять тампоны, смоченные риванолом. С 1929 г. вводился тампон с антивирусом (стафилококковый + стрептококковый), а с 1931 г. — ксероформенные тампоны. Как и при применении антивируса на раны промежности наблюдалось более обильное гноеотделение, но вместе с тем и более быстрое отторжение некротических участков.

В 1940 г. после вскрытия абсцесса при перевязках употреблялись тампоны, смоченные бактериофагом, с заметным эффектом. В 1944 г. тампоны при перевязках смачивались пенициллином, причем можно было отметить, что из 10 случаев, проведенных таким способом лечения, заметного влияния на заживление раны и бактериальную флору не было обнаружено. В некоторых случаях можно было отметить его дезодорирующее действие. В 1 случае вскрытия грудной железы, несмотря на применение тампона, смоченного пенициллином, развился после мастита общий сепсис, распространившийся, как показало патологоанатомическое вскрытие, из грудной железы.

В противоположность прежнему времени, когда перевязки делались ежедневно, по опыту военно-полевой хирургии от этого отошли,

и перевязки стали делать в зависимости от повышения температуры и промокания повязки гноем, в среднем через 2—3—4 дня.

Перед вскрытием мастита пробная пункция применялась сравнительно редко. Впервые о ней упоминается в 1917 г. В 1 случае после пункции и отсасывания гноя был введен бактериофаг, причем наступило выздоровление без последующего вскрытия.

Первое упоминание о бактериологическом исследовании гноя, полученного при разрезе абсцесса грудной железы, мы находим в 1913 г., тогда был обнаружен золотистый стафилококк. В дальнейшем почти во всех случаях брался гной из раны на посев бактериологического исследования, и как возбудители заболевания в преобладающем большинстве были обнаружены стафилококки, преимущественно золотистые.

Консервативные методы терапии при воспалительных заболеваниях грудной железы проводились различными способами. В начальных стадиях (с 1897 г.) назначался пузырь со льдом на грудные железы с целью купировать воспалительный процесс. Кроме того, накладывалась поддерживающая грудь повязка с целью иммобилизации больного органа. Как отвлекающее на кишечник, для уменьшения секреции молока, с 1898 г. применялось назначение слабительной соли (сернокислая магнезия — 25,0), ограничивалось употребление жидкости. Вместо холода с целью вызвать усиленную гиперемию назначался полуспиртовый согревающий компресс или компресс из бировской жидкости. Иногда применялся массаж грудной железы, не имевший, впрочем, последователей; он вскоре был оставлен, как не оправдавший себя способ, поскольку временное облегчение не оправдывало последующей усиленной лактации при застойных формах, не говоря уже об опасности какого-либо массажа при воспалительном процессе. Далее применялось смазывание грудной железы камфорным маслом с целью понижения секреции молочных желез.

В 1913 г. был применен впервые молокоотсос. Тогда же было впервые применено лечение застойной гиперемии по Биру (Bier) с помощью особой отсасывающей стеклянной банки по Клаппу (Clapp), охватывающей всю грудную железу. По нашим наблюдениям, бировская банка давала прекрасный результат при паренхиматозных маститах и никакого результата при интерстициальных до вскрытия. После вскрытия применение бировской банки в значительной мере улучшало течение заболевания. Вызывая застойную гиперемию и усиленную трансфузию тканевой жидкости, обладающей бактерицидными свойствами, бировская банка, повидимому, способствует обратному развитию даже не попавших в разрез гнойничков; во всяком случае способствует прорыву гноя из них в просвет разреза, а также стимулирует рост грануляции.

В 1929 г. впервые упоминается об аутогемотерапии. Применялась у нас также аутогемотерапия в сочетании с бировской банкой. Кроме аутогемотерапии, в некоторых случаях в качестве профилактического лечения с 1941 г. делались впрыскивания плацентарной крови

по 10 куб. см. Небольшое число наблюдений не дает возможности делать определенные выводы. Заметного результата не наблюдалось.

С 1937 г. применялась рентгенотерапия (Соловьев и Протас). В начальных стадиях даже интерстициальных маститов рентгенотерапия нередко купировала воспалительный процесс, и заболевание заканчивалось без хирургического вмешательства. При уже образовавшемся абсцессе рентгенотерапия вызывала мощную инфильтрацию тканей и отграничение процесса.

Тогда же начато было лечение УВЧ при разных формах маститов. В начальных стадиях, как и при рентгенотерапии, достигалось отграничение и в последующем полное рассасывание инфильтратов, когда грудная железа еще не успела некротизироваться. При намечающихся же абсцессах в центре их происходило быстрейшее расплавление. Таким образом лечение УВЧ способствовало подготовке к оперативному вмешательству. УВЧ применялось также и после вскрытия мастита, в таких случаях это лечение способствовало быстрейшему очищению раны и рассасыванию остатков инфильтрата.

В нескольких случаях с 1945 г. применялся пенициллин в виде обычных внутримышечных инъекций по 25000 оксфордских единиц через 3 часа по 8 инъекций в сутки в течение 5—6 дней; малочисленность наблюдений не дает оснований делать определенные выводы.

В последнее время гнойные маститы лечились пункцией, отсасыванием гноя и введением 50 000—100 000 оксфордских единиц пенициллина три дня подряд. Ни в одном из 23 случаев не пришлось применять разрезов. Этот способ был предложен на основании обстоятельного изучения клинических наблюдений и экспериментальных исследований о механизме действия пенициллина. О значении этого достижения клиники послеродовых заболеваний нет необходимости распространяться.

Подводя итоги всему вышеизложенному, следует прийти к заключению, что как трещины сосков, так и маститы должны лечиться с самого начала их возникновения. Кроме того, среди беременных и матерей, кормящих грудью, должна производиться санпросветработа с обращением особого внимания на необходимость соблюдения общих правил чистоты и гигиены всего тела, а в особенности по отношению к грудным железам при кормлении, а также при сцеживании молока.

Для последней цели было предложено несколько видов молокоотсосов для асептического сцеживания молока (в частности, в нашем институте доц. Дерчинским). Необходимо широкое внедрение их в практику.

Следует уделять еще больше внимания разработке эффективных способов профилактики трещин сосков и надлежащего их лечения с тем, чтобы женские консультации имели возможность широко применять их в периоде беременности.

Помимо обрывающего лечения начальных форм мастита рентгеновскими лучами и УВЧ, большим достижением клиники послеродовых заболеваний является разработанный ею способ радикального излечения гнойных маститов без мучительных разрезов, обезображивающих грудную железу и нередко нарушающих ее важную функцию молокоотделения.

акusher-lib.ru

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

акusherlib.ru

Ст. научн. сотр. Е. И. ГУРЕВИЧ

Исторический очерк развития гинекологического отделения в ЦИАГ

Первым зачатком организации гинекологической помощи при Повивальном институте явилось открытие Поликлинического отделения для приходящих больных женщин. Отделение, проект которого был составлен доктором Грубером, было открыто 1 февраля 1835 г. Устроено оно было „в видах общепользней, как для своевременной подачи помощи страждущим болезнями, преимущественно женскому полу свойственным, так и для высшего образования повивальных бабок, равно с целью, чтобы молодые врачи могли иметь более случаев и способов к приобретению опытности по сей отрасли науки“. Таким образом, уже на заре своей деятельности одной из главных задач института явилась педагогическая работа по усовершенствованию знаний.

С 1836 г. при институте была организована аптека, отпускавшая лекарства как больным, попавшим в поликлинику, так и больным, которые „по тяжкой болезни не смогли посещать поликлинику, а пользовались на частных квартирах“. Кроме лекарственного лечения больных, распространено было лечение пиявками, кровососными банками и кровопусканием. „Для означенной цели, а равно для вскрытия тел умерших, призывался вольнонаемный цирюльник или фельдшер“. Ввиду большой потребности в таковой помощи с 20 сентября 1843 года был приглашен фельдшер, живущий при институте, который „сверх исполнения настоящей своей обязанности должен был под руководством врача обучать воспитанниц кровопусканию и к употреблению рожков, что послужило бы им к пользе во внутренних губерниях, где так мало или вовсе не имеется фельдшеров“ (Из доклада доктора Гедехен, испол. обязанности директора Повивального института). Больные не только пользовались советами

и лекарственным лечением, но для более тяжелых больных приспособлены были в отделении кровати, и таковые больные могли оставаться до своего поправления или излечения, более или менее продолжительное время. Число приходящих больных достигало до четырехсот, и для них „определен“ был отдельный врач. Первым врачом был медико-хирург Алексей Алексеевич Эттер.

По имеющимся сведениям через поликлинику прошло:

В 1835/36 г.	— 123	больных
„ 1838	— 271	„
„ 1839	— 415	„
„ 1840	— 387	„
„ 1841	— 347	„
„ 1842	— 336	„
„ 1844	— 381	„

За 1840 и 1844 гг. изданы были подробные отчеты с подразделением на отдельные нозологические единицы, что представляет для нас несомненный исторический интерес:

	1840 г.	1844 г.
Функциональные расстройства	193	128
Изменения в положении матки и влагалища	21	17
Воспалительные процессы	44	60
Новообразования	25	39
Болезни не половых органов	67	103
Болезни детей	19	34
Болезни наружных половых органов	15	—

Под общим названием „функциональные расстройства“ автор отчета за 1844 г. понимает истерию, все расстройства месячных очищений, бели, маточные кровотечения „воспалительной природы“ и неизвестного происхождения, некоторые страдания беременных, как, например, болезненные схватки, привычную смерть утробного младенца и т. д.

По учреждении Поликлинического отделения обнаружилось, что „страдавшие женскими болезнями приходили с застаревшими (хроническими) формами и по отдаленности своих квартир не могли пользоваться в институте, а на дому, не имея надлежащего присмотра, лишены были возможности приобретать нужные лекарства“ (Л. М. Мазуркевич). На основании этих наблюдений, согласно плану д-ра Бирнбаума, тогдашнего директора института, был открыт в 1844 году особый лазарет на шесть кроватей, заведывание которым поручено было отдельному врачу д-ру Вучиховскому.

Лазарет, организованный в 1844 г. в период директорства д-ра Бирнбаума, был первым в России учреждением, специально предназначенным для лечения заболеваний женской половой сферы. В большинстве университетов хотя и существовали в это время кафедры женских болезней, однако, отдельных клиник при них не было, а больные помещались частью в терапевтической, частью в хирургической клиниках. В клинику женских болезней при С.-Пе-

тербургской Медико-Хирургической Академии, существовавшую с 1841 г., преимущественно принимались больные с общими заболеваниями. Первое в Европе гинекологическое отделение было открыто в Праге в 1842 г., т. е. за два года до открытия гинекологического отделения института. Деятельность гинекологического отделения института уже с первых лет его существования вполне соответствовала той степени развития, которой гинекология тогда достигла в Западной Европе. В гинекологическом отделении института широко проводилось специальное исследование и лечение, как, например, зондирование полости матки, прижигание канала матки и полости ее и т. п., в то время как в других клиниках даже исследование больных применялось крайне редко.

Ввиду необходимости усилить денежный фонд института, лечение гинекологических больных, как стационарное в лазарете, так и приходящих больных в поликлинике, было объявлено платным с 1 февраля 1846 года. Уже в 1848 г. мы находим сведения о расширении лазарета до 12 коек, а к 1856 г. до 16 коек, с указанием „считать эту меру временной, потому что для изучения болезней, свойственных женскому полу, необходимо иметь значительно большее количество больных, а для таковых лазарет по меньшей мере на 20 кроватей“ (Мазуркевич). В этот период времени лазарет не имел отдельного помещения, а размещался на территории родильного отделения, рядом с палатой беременных, и занимал 8 палат, имевших по 1, 2 и 3 кровати. Эти небольшие комнаты были предназначены как для больных женскими болезнями, так и для секретных роженниц или тяжело больных родильниц.

За период времени с 1844 по 1872 г., т. е. за время заведывания профессором Этлингером, через гинекологическое отделение института прошло 974 больных. За первую половину этого периода, с 1845 г. по 1859 г., имеется прекрасный и подробно разработанный отчет д-ра Гугенбергера, о деятельности же института с 1859 г. по 1872 г. имеются лишь скудные отчетные годовые сведения. Согласно данным д-ра Гугенбергера, с 1845 по 1859 г. через отделение прошло 597 больных, из них отмечено:

Опущение и выпадение матки	36	больных.
Неправильное наклонение матки взад и вперед	28	„
Искривление матки	24	„
Выворот матки	5	„
Острое воспаление матки	88	„
Хроническое воспаление матки	79	„
Гипертрофия матки частичная	5	„
Катарр матки	121	„
Фиброиды матки	24	„
Полипсы матки	25	„
Рак матки	28	„
Заматочная кров. опухоль	2	„
Уклонения месячных очищений	75	„
Воспаления яичников	17	„
Опускание яичников	13	„
Заболевания влагалища и наружных половых органов	19	„
Заболевания грудной железы	9	„

Анализируя вышеприведенную таблицу, мы видим, что у громадного большинства больных диагностированы были заболевания матки. Заболевание других отделов половой сферы отмечено только в 61 случае, т. е. примерно в 10% общего числа. Такое распределение болезней объясняется тем, что в описываемое время заболевания придатков, околоматочной клетчатки и тазовой брюшины совершенно не были еще изучены, и поэтому все симптомы, являющиеся следствием заболевания последних, приписывались страданиям матки. Заболевания матки разделены на воспаления, изменения конфигурации и положения и новообразования. Острое воспаление матки указано в 88 случаях. В 21 из них Гугенбергер отмечает сопутствующее воспаление брюшины; по всей вероятности, осложнения со стороны околоматочной клетчатки, тазовой брюшины и придатков на самом деле имелись в гораздо большем числе случаев, но остались нераспознанными. О способе лечения острых воспалительных заболеваний Гугенбергер не упоминает; хронические же воспалительные заболевания лечились в то время как общеукрепляющими средствами, так и местно — пьвками, сидячими ваннами, спринцеваниями, прижиганием канала шейки и полости матки. Лечение неправильных положений и конфигураций матки, обнаруженных у 93 больных, состояло в систематическом зондировании, применении пессариев и т. п.; при опущении и выпадении матки „употреблялось электричество“. Результат лечения при неправильных положениях был очень неутешителен: из 93 больных совершенно излечилось только 12. Такой неуспех лечения объясняется тем, что лечение направлялось только против симптомов болезни. Из новообразований матки радикальному лечению подвергались только полипы, сидящие на ножке. При раке шейки матки в семи случаях была произведена ампутация шейки матки, в одном случае гальванопластической петель, у остальных больных пораженные раком места прижигались каленым железом. Из 13 больных с опухолями яичников двоим была произведена пункция, 5 умерло, а 6 выписаны домой. Пузырно-влагалищные свищи лечились прижиганием адским камнем и каленым железом. Из этой краткой выдержки следует, как незначителен был диапазон оперативной помощи, как несовершенна диагностика и лечение.

О периоде с 1859 по 1872 г. сохранились лишь краткие отчетные сведения, отображающие только общую характеристику деятельности гинекологического отделения. За период времени с 1859 по 1872 г. через отделение прошло 377 больных, из которых умерло 15, т. е. процент смертности составил почти 4%, в то время как с 1844 по 1859 г. он составил 2,8%.

С 1872 г., с начала директорства И. Ф. Баландина, в работе всего института, и в том числе и в работе гинекологического отделения, наметился резкий перелом. Крупный клиницист и ученый, И. Ф. Баландин, будучи сторонником идей Земмельвейса еще тогда, когда они подвергались строгой критике и насмешкам всей Европы, а в России понятие о „безгнилостном“ методе было

чрезвычайно смутным, впервые ввел антисептику и дезинфекцию в повседневную жизнь института. Им была разработана целая система антисептических мероприятий в разных направлениях:

- 1) систематической тщательной очистки помещений;
- 2) дезинфекции самих больных, в особенности наружных половых органов;
- 3) дезинфекции всех приборов, инструментов, белья и проч.;
- 4) дезинфекции врачебного персонала и прислуги (мытья рук, смены одежды и проч.). Широко стали применяться различные дезинфицирующие средства — дезинфекционные мыла и карболовая кислота с 1884 г., сулема с 1887 г., сулема и борная кислота с 1887 г., сулема и спирт с 1888 г.

Проводя идею максимальной изоляции больных, И. Ф. Баландин провел, согласно проекту перестройки института, составленному в 1874 г., разделение института на пять павильонов, с выделением отдельного павильона для каждой категории больных. Согласно этому проекту гинекологическое отделение было развернуто в отдельном двухэтажном павильоне, состоявшем из восьми палат, операционной и подсобных помещений. С целью наиболее полной изоляции, каждый павильон, в том числе и гинекологический, получил отдельный штатный персонал, медицинский, хозяйственный и госпитальный инвентарь.

Отдельно помещались амбулатория для проходящих больных и аптека.

В 1887 г. было устроено специальное оперативное отделение с двумя операционными залами: одно для чревосечений, так называемая большая операционная, представлявшая вид фонаря, освещавшаяся сверху дневным светом через специальные стеклянные рамы в потолке. В верхней части зала были устроены два яруса скамеек для зрителей таким образом, чтобы лица, не участвующие в операциях, были совершенно изолированы, но вместе с тем имели бы возможность ясно видеть и следить за производившейся операцией. Другая — малая операционная, приспособленная из палаты, была предназначена специально для малых гинекологических операций. В ней для зрителей были устроены амфитеатром скамьи вокруг операционного стола.

Обширная врачебная аудитория возникла вследствие все расширяющегося круга лиц, желающих усовершенствоваться в Повивальном институте.

С 1872 г. по 1879 г. в гинекологическом отделении находилось на излечении всего 157 больных, что объясняется тем, что с 1875 по 1878 г. отделение не функционировало. С 1880 по 1892 г. через гинекологическое отделение прошло 718 больных. По роду заболеваний больные распределялись следующим образом:

Воспалительные заболевания	415
Нарушения целости промежности	86
Новообразования доброкачественные	62
злокачественные	19
Неправильности беременности	98
Пороки развития	18
Разные заболевания	20

Сравнивая эти данные с данными отчета д-ра Гугенбергера, мы видим, что и за этот период времени значительно преобладают воспалительные заболевания. Этот период характеризуется тенденцией к значительному уточнению диагностики. Если в отчете д-ра Гугенбергера почти все воспалительные заболевания относились за счет поражения матки, то за данный период на первый план выдвигаются заболевания брюшины и околоматочной клетчатки. Неправильные положения матки, отмеченные в отчете д-ра Гугенбергера в количестве 93 случаев, уже почти не выделяются как основные страдания, а лишь как сопутствующее заболевание, ибо они расцениваются как следствие нарушения целостности тазового дна или воспалительных изменений брюшины и клетчатки. Точная диагностика новообразований еще не имела места; разделение добро- и злокачественных опухолей проводилось только на основании некоторых симптомов. Точно так же оставалась часто не выясненной и топическая диагностика опухоли.

Основная линия терапии сводилась к общеукрепляющему лечению, покойному положению и диете. Применялась и гидротерапия в виде ванн и влагалищных душей, а также местная лекарственная терапия, как смазывание канала шейки и полости матки, влагалищных тампонов и т. п.

Ввиду того, что преобладающее число больных страдало воспалительными заболеваниями, такого рода лечение, производившееся в течение нескольких недель, оказывалось весьма рациональным, устраняя наиболее тягостные симптомы, а в некоторых случаях способствуя и полному излечению.

Лечение „эндометритов“ проводилось преимущественно консервативное, выскабливание применялось только в тех случаях, когда консервативная терапия оставалась безуспешной.

В этот период времени отмечается значительное расширение оперативной деятельности, хотя оно не носит еще каузального характера, а скорее направлено на устранение наиболее тягостных симптомов и преимущественно ограничивается вмешательствами на наружных половых органах, шейке матки и выскабливанием при эндометритах. При выпадении шейки матки производилась ее ампутация, а при выпадении передней части влагалища — передняя кольпорафия.

Радикальное удаление новообразований имело место только при полипах матки. При раке шейки матки применялась изредка ампутация шейки или прижигание аппаратом Пакелена. Миомэктомия была произведена всего два раза, и то в случаях, осложненных беременностью. Удаление кисты яичника было произведено всего 4 раза.

Таким образом, на 718 больных оперативных вмешательств было произведено всего 199, из них 75 выскабливаний эндометрия, 56 пластических операций на влагалище и промежности, 34 операции на шейке матки и 6 чревосечений.

Благодаря глубокому внедрению антисептики и асептики в хирургическую практику и в организацию ухода за больными, значительному улучшению санитарного состояния института и усовершенство-

ванию методов диагностики и лечения за этот период времени были достигнуты следующие результаты:

Выздоровело	357 чел.	(49,6%)
Получило облегчение	238 "	(33,1%)
Осталось без изменения	118 "	(16,4%)
Умерло	5 "	(0,6%)

Ничтожный процент смертности объясняется, конечно, крайне низким удельным весом чревосечений и незначительным числом больных с новообразованиями.

С момента назначения Д. О. Отта директором института (1892 г.) в институте и, в частности, в гинекологическом отделении начался расцвет деятельности. Значительно увеличился контингент больных, возросший с 70 чел. в 1892 г. до 168 в 1893/94 гг., до 207 в 1899 г., до 216 к 1903 г.

Значительно увеличивающееся с каждым годом число больных, расходящийся поток врачей-слушателей, стекавшихся в институт со всех концов России для усовершенствования своих знаний, потребность в создании новых лабораторий — сделала старое здание института совершенно не удовлетворяющим новым возросшим запросам. С большим трудом Д. О. Отту удалось добиться ассигнования на постройку нового специального здания, проект которого был разработан выдающимся архитектором Л. Н. Бенуа. Прекрасно распланированное, оборудованное и обставленное здание, со специальными помещениями для лабораторий, животника, библиотеки, музея, аудиторий, с прекрасными операционными и рядом подсобных учреждений, как собственная электростанция, механическая прачечная и сушилка, водокачка, водоочистительная станция и т. п., в то время не имело себе равных ни в Европе, ни в России. Интересно, однако, отметить, что как планировка разделения на отдельные павильоны, так и внешний вид фасада представляли собой как бы усовершенствование старого института после перепланировки, произведенной Баландиным.

Гинекологическое отделение, расположенное в двух этажах специального павильона, имело отдельное помещение для операционного блока. Последний состоял из 2 операционных, стерилизационной и материальной комнат, специальной комнаты для наркотизирования больных и нескольких комнат для переодевания врачей и широкого светлого коридора с несколькими умывальниками, снабженными холодной и горячей стерилизованной водой. Две операционных, одна большая для чистых операций и вторая меньшая — для гнойных, в два света, с огромными во всю стену зеркальными окнами были облицованы специальными плитками из опалина; пол был устлан особыми стеклянными плитками. Обе операционные были снабжены приспособлениями для дезинфекции всего помещения текучим паром, что и производилось систематически. Врачи-слушатели располагались на особых местах, устроенных амфитеатром, с отдельным ходом, что создавало возможность полной изоляции персонала, участвующего

в операциях. Стерилизация инструментов производилась кипячением в особых аппаратах Шиммельбуша, нагреваемых паром. Громадная площадь большой операционной, размером 100 кв. м., позволяла производить одновременно две и более операций.

Гинекологическое отделение, состоявшее преимущественно из небольших палат, рассчитанных на 1—2 кровати, и нескольких больших палат, имело прекрасную перевязочную, столовую и прочие подсобные помещения. Непосредственно к отделению примыкала большая, наполовину крытая веранда, созданная по идее Д. О. Отта, которая позволяла вывозить больных на свежий воздух на кроватях, даже непосредственно после операций, в любую погоду, что широко используется клиником и в настоящее время.

Прекрасно оборудованное по тому времени отделение физических методов лечения с рентгеновским кабинетом и кабинетом для радиолечения, фульгурации, хорошо обставленной водо- и грязелечебницей, кабинетом для электротерапии и массажа, создавало возможности широкого применения консервативных методов лечения.

Таким образом, с переходом института в 1904 г. в новое здание создались условия для дальнейшего стремительного и блестящего роста гинекологического отделения. Число больных резко увеличилось, достигнув в 1905 г. 313 чел., в 1910—445 чел., а к 1915 г. — 531 человек.

Главная причина быстрого и блестящего развития клинической деятельности заключалась в той научной постановке дела, которая легла в основу всей жизни института. Были учреждены лаборатории бактериологических, микроскопических и химических исследований, благодаря чему была получена возможность тщательного и всестороннего обследования больных и глубокого изучения клиники и этиологии женских заболеваний.

Особенное внимание уделялось вопросам точной топической диагностики. Тщательно собранный анамнез по схеме, разработанной Д. О. Оттом, дополнялся общим и специальным исследованием больных. Большое внимание уделялось наружному исследованию, проводившемуся через брюшные покровы, которое всегда предпосылалось внутреннему. Гинекологическое исследование начиналось с тщательного осмотра наружных половых органов. Влагалищное исследование производилось двумя пальцами, так как такое давало возможность получения не только плоскостного, но и объемного представления об органах малого таза, позволяло определить форму, величину и консистенцию отдельных частей полового аппарата, их взаимосвязь и отношение к стенкам таза.

Внутреннее или, вернее, комбинированное исследование проводилось в строгой последовательности: обследованию подвергались влагалище, шейка матки, тело матки, связочный аппарат, придатки и состояние сводов. Определялись величина, консистенция, подвижность и положение органов малого таза по отношению друг к другу и к стенкам таза. В тех случаях, когда необходимо было особенно тщательное исследование, оно производилось для каждой половины

таза соответствующей рукой. Влагалищное исследование часто дополнялось ректальным. Д. О. Оттом был разработан в 1896 г. метод комбинированного ректо-вагинального исследования, при котором 3-й палец вводился в прямую кишку, а указательный во влагалище. Этот метод делает легко доступным исследованию область заднего дугласа и заднего параметрия, недоступные при обычном комбинированном исследовании.

Ручное исследование обязательно дополнялось инструментальным. Осматривались на зеркалах шейка матки, стенки влагалища. Для выяснения направления канала шейки матки, расположения полости матки в сложных случаях производилось зондирование матки, после обязательной предварительной дезинфекции наружных половых органов, влагалища и шейного канала. С целью уточнения связи определяемых в малом тазу или в брюшной полости образований с телом матки применялось подтягивание шейки матки книзу на пулевых щипцах.

Тщательность, последовательность и систематичность исследования непрерывно культивировались в институте и, подвергаясь дальнейшей разработке, усовершенствованию и углублению, легли в основу „Оттовской“ школы в гинекологической диагностике.

Для „удлинения“ указательного пальца Оттом был предложен особый „наперсток“ с целью более легкого доступа к обследованию сводов, однако этот прием в клинике не привился и в настоящее время не применяется.

Гинекологическое отделение института одно из первых в России ввело в практику широкое микроскопическое исследование соскобов слизистой оболочки, пробных вырезок из шейки матки, производившихся, как правило, при малейшем подозрении на злокачественность. Тщательная разработка полученного таким путем материала легла в основу многочисленных работ К. П. Улезко-Строгановой, посвященных вопросам ранней диагностики рака, развитию и заживлению эрозий шейки матки, строению и особенностям децидуальной оболочки, а в дальнейшем — работам по изучению различных фаз эндометриального цикла. В качестве дополнительного метода исследования применялась пробная пункция через задний свод влагалища, в редких случаях через брюшные покровы. При пункции через влагалище вкол проводился по пальцу между крестцово-маточными связками, а затем игла направлялась к образованию, которое подлежало пункции. В большинстве случаев пункция производилась непосредственно перед операцией.

Детальное гинекологическое исследование обязательно дополнялось общим исследованием больной врачом-терапевтом, а в нужных случаях хирургом и другими специалистами. Тщательностью различного обследования достигалась возможность наиболее точного диагностирования, на что обращалось особое внимание. С целью получения безупречных данных, исследование проводилось обязательно под наркозом непосредственно перед операцией.

Показания к лечению строго обосновывались в каждом отдельном случае. Выбор терапии проводился строго индивидуально; руководящими основами терапии служили методы оперативных и физических способов лечения.

Идеи антисептики и асептики, внедренные впервые И. Ф. Баландиным, нашли широкую возможность дальнейшего развития и углубления в условиях работы в новом, специально оборудованном здании института. Педантичная чистота всех помещений института, на что обращалось особое внимание, сочеталась с требованиями самой тщательной антисептической подготовки больных к операциям и тщательностью послеоперационного ухода. Обязательное мытье больных в ванне перед операцией, тщательная дезинфекция кожи живота и наружных половых органов накануне операции, широкое применение антисептических спринцеваний — проводились систематически и неуклонно. Особое внимание уделялось и санитарному состоянию персонала, большая часть которого размещалась в общежитиях института, благодаря чему устранялась возможность широкого общения с прочим населением и, следовательно, опасность заноса случайной инфекции.

Наиболее пышно расцвела достигло в этот период времени хирургическое лечение. Блестящий оператор, Д. О. Отт один из первых широко развил и разработал хирургический метод в гинекологии. Значительно возросло и общее число больных, в особенности число больных, подвергавшихся оперативному лечению.

Если за период 1880—1892 гг. через гинекологическое отделение прошло всего 62 больных с доброкачественными и 17 со злокачественными новообразованиями и 415 человек с воспалительными заболеваниями, то за период 1893—1897 гг. через гинекологическое отделение прошло 602 больных, причем с новообразованиями матки 143 человек и с новообразованиями яичников 55 человек, а с воспалительными заболеваниями матки и придатков всего 189 человек.

Резко увеличилось и количество операций и разнообразие форм оперативного вмешательства. За период 1893—1897 гг. были произведены следующие операции через влагалище:

Выскабливание полости матки	230
Клиновидная экцизия шейки матки	71
Высокая ампутация шейки матки	14
Кольпоперинеорафия	81
Кольпорафия передняя	17
Вагинофиксация	4
Зашивание фистул	8
Полное удаление матки	71
Удаление кист	9
Вскрытие абсцессов	9

Основным направлением хирургической деятельности клиники в этот период явились поиски новых путей оперативного вмешательства.

Неблагоприятные результаты, получавшиеся различными операторами от брюшностеночных чревосечений, побудили Д. О. Отта

направиться по пути изучения и развития влагалищного метода. Блестящий и смелый хирург, Д. О. Отт достиг виртуозного совершенства в технике влагалищных операций, разработал точную методику их производства, широко внедрил ее в клинику, сделав влагалищный путь достоянием своих учеников и сотрудников и обучив ему бесчисленные кадры врачей — слушателей, стекавшихся в институт со всех концов России. Им создан был и специальный инструментарий для производства этих операций и особая система осветительных зеркал, позволявших освещать операционное поле глубоко в сводах влагалища и в брюшной полости. Блестящая техника Д. О. Отта и тщательно разработанная методика и техника оперативного вмешательства позволяли Отту и его сотрудникам производить через влагалище технически чрезвычайно трудные операции: удаление больших фибромиом, межсвязочно расположенных кист яичника и фиброматозных узлов, воспалительно измененных придатков, внематочной беременности, аппендикса. Д. О. Отту принадлежит разработка удаления матки методом „кускования“, т. е. постепенным иссечением из увеличенного тела матки клиновидных участков.

Д. О. Отту принадлежит и модификация надвлагалищной ампутации матки путем брюшностеночного чревосечения с погружением культи в брюшную полость. Им же разработана и техника операции восстановления промежности и зашивания мочеполовых свищей.

Блестящее развитие клинической деятельности института в этот период характеризуется расширяющейся оперативной деятельностью гинекологического отделения с последовательной и неуклонной тенденцией к росту больших операций со вскрытием брюшной полости.

Гинекологических больных с 1889 по 1893 г. было принято 346, из них оперативное пособие оказано 111—32%, причем чревосечений произведено менее, чем в 2% случаев. В период 1893—1897 гг. число гинекологических больных равняется 602, из которых оперативное вмешательство оказано 533 (84,3%), причем чревосечения составляют уже 27,25% (В. Строганов).

За следующий отчетный период 1904—1908 гг. общее число больных составило 1563 человека, из которых больные, страдавшие фибромиомой матки, составили 23%, кистой яичников—12%, раком матки—5,3%, внематочной беременностью—4%, недостаточностью тазового дна—14%, метроэндометритом—15,1%. По отношению к предыдущему отчетному периоду отмечается значительное увеличение числа больных, страдающих новообразованиями; так, число фибромиом возросло с 10% до 23%, новообразования придатков—с 9% до 12%, внематочной беременности—с 1% до 4,5%, в то же время значительно уменьшилось число больных, страдающих метро-эндометритами (с 29,5% до 19,2%). Из всего числа 1563 больных подверглись оперативному лечению 1388 (88,1%), с общим числом в 1762 операции (Н. С. Канегиссер).

Из этого числа оперативных вмешательств 15,5% приходится на долю брюшностеночных чревосечений, на влагалищные чревосечения 37%, на операции восстановления тазового дна 15,8% и на прочие

малые операции 31,7%, из числа которых 19,7% падает на выскабливание слизистой оболочки матки, которые по прошлым отчетам составляли основную по численности группу оперативных вмешательств.

Число больных, подвергшихся оперативному лечению, составило в 1909—1912 гг. — 1668 (89%), в 1913—1916 гг. — 1594 (75,8%). Число, чревосечений остается высоким, достигая в 1893—1897 гг. — 27,25% (Строганов), в 1897—1903 гг. — 50,1% (Гуревич), в 1904—1908 гг. — 48,2% (Канегиссер), в последующие годы несколько снижаясь — до 35,3% в 1909—1912 гг. и до 30,5% в 1913—1916 гг.

Особенно высок процент влагалищных чревосечений, составляя в 1897—1903 гг. — 71,4%, в 1904—1908 гг. — 61,4%, в 1909—1912 гг. — 69,1%, в 1913—1917 гг. — 61,3% всех чревосечений.

Пластических операций произведено за 1909—1912 гг. — 392 (17,2%), а за 1913—1916 гг. — 18,4%, за 1904—1908 гг. — 15,8% (Н. С. Канегиссер).

Выскабливаний слизистой оболочки матки произведено в 1904—1908 гг. как самостоятельных операций 272, а всех выскабливаний 789, что указывает на еще значительную роль, которая придавалась выскабливанию как лечебному методу.

Из числа мелких операций следует отметить значительное число клиновидных ампутаций шейки матки, предпринятых как по поводу воспалительных заболеваний, так и при конических шейках, с целью лечения бесплодия и дисменорреи.

Из характерных особенностей Оттовской школы за данный период времени следует отметить, кроме уже указанного преобладания влагалищных чревосечений, предпочтение полных экстирпаций матки, над влагалищным ее ампутациям. Так, за 1904—1908 гг. произведено 85 экстирпаций и 4 над влагалищных ампутации.

Консервативная миомэктомия произведена 42 раза, причем в 12 случаях путем кольпотомии, в 17 случаях влагалищным путем без вскрытия брюшной полости и только в 13 случаях путем брюшно-стеночного чревосечения.

Предпочтение полных экстирпаций перед над влагалищными ампутациями объясняется тем, что в тот период над влагалищные ампутации значительно чаще сопровождались послеоперационными осложнениями, чем экстирпации матки, в силу несовершенной техники первой операции.

Операция внематочной беременности производилась также преимущественно влагалищным путем, причем наиболее интересными и своеобразными представлялись консервативные операции на трубах при внематочной беременности, из них в 7,1% произведено было выскабливание абдоминального конца трубы при помощи острой ложечки, резекция трубы произведена 7 раз, удаление плодного яйца через разрез трубы произведено дважды. Общее число консервативных операций на трубе составило 21,2% (В. В. Преображенский).

Руководящим началом всей оперативной деятельности служил метод рационального консерватизма (Д. О. Отт).

Главной задачей всех операций, предпринимаемых для восстановления целостности органа, являлось приведение его в состояние, по возможности соответствующее физиологическому.

При операциях восстановления тазового дна была разработана фигура освежения, которая давала возможность точного анатомического соединения всех тканей: слизистой влагалища, мышц тазового дна, спайки, кожи промежности. Особенное внимание обращалось на соединение разошедшихся мышц тазового дна и промежности, которые обязательно поэтапно захватывались погружными швами, что в конечном итоге приводило к воссозданию достаточно массивного тазового дна. Усматривая в мышцах тазового дна основной поддерживающий матку аппарат, Д. О. Отт являлся определенным противником укорочения круглых связок и фиксации их или дна матки к брюшной стенке.

Считая основной причиной опущения и выпадения влагалища разможжение мышц тазового дна и промежности во время родов, Д. О. Отт предложил для предупреждения этой травмы профилактическое рассечение промежности по средней линии во время прорезывания головки. Большое значение придавал Отт и восстановительной хирургии. Им разработана техника зашивания кишечно-влагалищных и пузырно-влагалищных свищей, операция уретропластики, причем особое внимание уделялось технике наложения швов. Параллельно с тщательной разработкой мельчайших деталей оперативного вмешательства, проводившихся в дальнейшем с педантичной настойчивостью, большое внимание уделялось предоперационной подготовке и послеоперационному уходу за больной.

Соответственно научным взглядам того времени, наряду с асептическим проведением оперативного вмешательства, широко применялись и антисептические мероприятия. Все влагалищные операции производились под постоянным орошением стерильным физиологическим раствором, для чего был сконструирован даже специальный бак; оператор во время операции непрерывно омывал руки раствором сулемы, который ставился в особом тазу рядом с оператором. Дезинфекция рук производилась по методу Фюрбрингера, операция производилась без перчаток. В качестве материала для швов применялся исключительно шелк. Широко проводилось дренирование брюшной полости при влагалищных чревосечениях путем обшивания сводов влагалища, при брюшностеночных операциях путем выведения дренажа через специальное отверстие в заднем своде.

Большое значение Д. О. Отт придавал и соответствующей психической подготовке больных перед операцией: больные наркотизировались в специальной отдельной комнате, ввозились в операционную только под наркозом, чтобы избежать волнующего их вида операционной.

Наряду с расцветом оперативной деятельности широко разрабатывались и изучались методы консервативной терапии. Прекрасно оборудованная и обставленная водо- и грязелечебница, кабинеты электро- и светолечения и массажа позволяли разностороннее приме-

нение разнообразных методов лечения. Д. О. Отту первому в России принадлежит заслуга освоения и переноса в институт метода гинекологического массажа, предложенного Т. Брандтом и изученного им лично и врачом института М. А. Докушевской непосредственно у автора этого метода.

Методика и техника специальных приемов гинекологического массажа, передававшаяся „из поколения в поколение“ врачей института, сохранилась и до настоящего времени в стенах института почти в чистом виде.

Специально рассчитанные и сконструированные кушетки и табуретки, согласно образцам Т. Брандта, позволяли проводить этот вид механотерапии наиболее рационально. Он нашел широкое применение при лечении остаточных явлений перенесенных воспалительных процессов в малом тазу, в виде рубцовых изменений параметрия, спаечных процессов в брюшине и вызванных ими неправильных положений матки. В конце курса массажа применялось и ортопедическое лечение кольцами Годжа и пессариями других видов.

Д. О. Отту принадлежит огромная заслуга внедрения одному из первых в России радио- и рентгенотерапии, как метода лечения рака женской половой сферы. Техника, методика и сфера применения лучистой энергии были разработаны В. А. Полубинским.

Наличие значительного количества радия и мезотория для лечебных целей и большая потребность в радиотерапии вызвали необходимость выделения из гинекологического отделения вначале отдельных палат, а затем и специального отделения для лечения больных лучистой энергией. Во главе этого отделения стал проф. Полубинский, который руководил этим отделением до последнего времени, непрерывно усовершенствуя систему лечения и добываясь все лучших результатов в лечении рака шейки матки.

Параллельно с расширением и углублением клинической работы с момента директорства Д. О. Отта развернулась и широкая научно-исследовательская работа. Основными требованиями, предъявляемые Д. О. Оттом к клинической работе, были строгая мотивировка, логическое и научное обоснование каждого проводимого мероприятия, тщательное клиническое наблюдение, точная регистрация и суммирование результатов с получением определенных выводов.

Подобная постановка клинической работы привела к тому, что повседневная работа клиники претворилась в систематическую, непрерывно текущую научно-исследовательскую деятельность, которая вылилась в ряд научных работ, фиксирующих обоснование и методику проводимых в клинике лечебных мероприятий. Создавшаяся таким путем „школа“ Д. О. Отта благодаря освещению своих взглядов в печати, на всероссийских и международных съездах получила широкую известность не только в нашей стране, но и за границей и немало способствовала повышению значимости русской гинекологической науки в международном масштабе.

Одним из первых основных и ценных трудов института явилось создание коллективного сборника, посвященного „Истории института“

и представлявшего монументальный труд, отображающий возникновение и столетнюю деятельность института. На основании изучения архивных материалов была воссоздана история развития и деятельности института с момента его основания, описан характер лечебной, преподавательской и научной деятельности института, и, таким образом, выявлена идея преемственности и последовательности в развитии института. Особенно блестящая заслуга в постановке научно-лечебной и педагогической работы института принадлежит И. Ф. Баландину, идеи которого легли в основу деятельности института. Однако, соответственно тогдашнему уровню знаний, научных работ по гинекологии в институте было мало. Только с момента вступления Д. О. Отта, в связи с полным расцветом деятельности гинекологического отделения и научной разработки многочисленных вопросов гинекологической дисциплины, из института стали выходить в значительном количестве научные работы по различным вопросам гинекологии.

Д. О. Отту принадлежит большое количество работ, посвященных общим вопросам гинекологии, как, например, „К учению о физиологических проявлениях половой жизни у женщин, крестьянок Калужской губернии (1879 г.)“, „Периодичность физиологических функций в женском организме“ (1890 г.). Несколько работ освещают вопрос о внутривенном вливании солевого раствора (1881—1884 гг.).

С 1887 г. появляются работы по вопросу разработки хирургических методов лечения. Значительное число работ уделено фибромиомам матки и их хирургическому лечению, внематочной беременности, кистам яичника, лечению рака матки. Много работ посвящено вопросу уточнения техники влагалищного метода, освещению брюшной полости, выяснению показаний к различным оперативным вмешательствам и т. д.

Многочисленные работы К. П. Улезко-Строгановой посвящены изучению гистогенеза и патологической гистологии опухолей половых органов, внематочной беременности.

Обобщение результатов клинической деятельности института по всем разделам оперативной гинекологии нашло отражение в монументальном труде „Четыре года клинической жизни И. К. П.—Г. И.“, составленном В. В. Преображенским, Г. П. Сережниковым, А. И. Коробковым и М. Ф. Леви, и в труде Д. О. Отта „Оперативная гинекология“, суммировавшем весь опыт клинической работы гинекологического отделения. В двух сборниках, посвященных 25-летию врачебной деятельности Д. О. Отта, в текущей общей и гинекологической литературе собраны различные статьи по самым разнообразным вопросам гинекологии. Нет ни одного вопроса, который не подвергся бы исследованию и углубленному изучению, многие разделы, детально изученные, составили серию докторских диссертаций, вышедших из института.

С 1917 г., вследствие тяжелой болезни, Д. О. Отт вынужден был покинуть институт, руководство оперативной клиникой перешло к его ближайшим помощникам А. А. Драницыну и Г. П. Сереж-

никову, крупному клиницисту, диагносту и талантливому хирургу, во всем следовавшему заветам Д. О. Отта и неуклонно проводившему его линию поведения по всем вопросам.

Великая Октябрьская революция поставила перед институтом новые цели, значительно расширившие круг его деятельности и интересов.

Перед замкнутым в узком кругу чисто лечебных вопросов институтом встали вопросы охраны материнства и младенчества в широком смысле, вопросы физического развития женщины, участия в профессиональном труде, гигиены женщины. Советским здравоохранением были подняты на огромную принципиальную высоту вопросы борьбы с детской смертностью и мертворождаемостью, борьбы с криминальным абортom, профилактики вензаболеваемости и т. д.

Из учения о заболеваниях женской половой сферы гинекология начала перерастать в учение о женщине, тесно связываясь с социальными вопросами, вылившись в новую дисциплину — социальную гигиену женщины и, далее, в социальную гигиену матери и ребенка. В связи с новыми задачами научно-общественного характера, вставшими перед институтом, произошла реорганизация и расширение его деятельности, в частности, гинекологического отделения, распавшегося на два отделения: общей гинекологии и оперативной гинекологии. В задачи отдела общей гинекологии входило изучение женщины как целого организма, особенностей ее конституционального строения, ее биологии в связи с социальными условиями труда и быта. Во главе этого отделения встал тогдашний директор института проф. В. В. Преображенский. После кратковременного периода (1918—1919 гг.), когда вследствие хозяйственно-организационных затруднений несколько снизилась работа института, вновь начался период расцвета и расширения деятельности института, в том числе и гинекологической клиники.

Из отдела общей гинекологии выкристаллизовалась кафедра социальной гигиены матери и ребенка и физического воспитания женщины, открылся музей по охране материнства и младенчества. В то же время к отделу общей гинекологии было присоединено отделение физических методов лечения, в котором под руководством В. А. Полубинского проводилась консервативная терапия воспалительных заболеваний и радио-рентгенотерапия раковых заболеваний матки.

После смерти Г. П. Сережникова в 1923 г. кафедру частной хирургической гинекологии последовательно возглавляли проф. В. В. Преображенский, Л. Л. Окинчиц, В. Л. Тавилдаров.

В связи с увеличением числа коек, открытием нового отдела общей гинекологии, а в дальнейшем отделения физических методов лечения и повысившейся обращаемостью за гинекологической помощью количество больных за эти годы значительно увеличилось. Общее число больных, поступивших в гинекологическую клинику, составляло:

1917 г.	1918 г.	1919 г.	1920 г.	1921 г.	1922 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.
519	512	387	206	692	736	604	704	1051
Из числа поступивших больных подверглись оперативному лечению:								
328	349	249	159	417	525	354	330	391
Произведено операций:								
428	483	320	160	546	449	504	436	477
В том числе чревосечений:								
9	92	67	28	100	117	94	66	124
В процентах:								
2,31	19	20,9	17,5	18,3	26	18,6	15,1	28

Как видно из этой таблицы, процент чревосечений оставался в течение этого периода весьма высоким, колеблясь в пределах 20—25% по отношению ко всем операциям и оставаясь еще более высоким по отношению к числу оперированных больных, но все же ниже, чем в предшествующие годы.

В 1926 г. произошло слияние гинекологической клиники института с гинекологической кафедрой Института усовершенствования врачей, во главе гинекологической клиники встал профессор Ренэ Валентинович Кипарский.

Общее число поступавших в гинекологическое отделение значительно возросло вследствие того, что оперативная гинекологическая клиника в ту эпоху расширилась до 80 коек и состояла из двух отделений, каждое из которых возглавлялось помощниками Р. В. Кипарского — А. Э. Мандельштамом и Б. А. Козинским.

Больные, предназначенные для консервативной терапии, преимущественно с острыми и подострыми воспалительными заболеваниями, а также больные раком шейки матки, стационарировались в отделении физических методов лечения.

Под руководством Р. В. Кипарского, а в дальнейшем А. Э. Мандельштама, деятельность гинекологического отделения расширилась и эволюционировала соответственно требованиям новейших научных достижений. Ученик и последователь школы Отта, блестящий клиницист и тонкий, наблюдательный и вдумчивый диагност, Р. В. Кипарский поднял на значительную высоту тонкость клинического исследования и точность диагностики. Блестящие клинические предоперационные разборы превращали будни повседневной работы в школу тончайшей методики исследования, спаянной с глубиной клинического анализа. Прогрессивный во всей своей деятельности, проф. Р. В. Кипарский немедленно и активно откликался на все достижения современной науки. Блестящие успехи асептики и усовершенствование техники чревосечений в тот период времени значительно уменьшили опасность брюшностеночных чревосечений. Во то же время, все возрастающая потребность в макси-

мальном приближении квалифицированной лечебной помощи к населению делала совершенно необходимым освоение брюшностеночного метода чревосечения, как технически значительно более простого и более доступного широким врачебным массам, не требующего особой виртуозной техники и специальных мало доступных приспособлений, в виде осветительных зеркал. особого инструментария и т. п. В силу указанных соображений гинекологическая клиника института с 1926 г. перешла на значительно более широкое применение брюшностеночных чревосечений, хотя число вагинальных операций еще оставалось значительно высоким.

Основным направлением работы клиники на данном этапе явилось уточнение диагностики, индивидуализация в выборе метода оперативного лечения, уточнение показаний к тому или иному методу лечения. Значительным изменениям подвергся вопрос о показаниях к оперативному лечению фибромиом матки. В период руководства Д. О. Отта оперативному лечению подвергалась основная масса всех фибромиом матки, вне зависимости от их величины и характера вызываемых ими симптомов. Методом выбора оперативного вмешательства явилась полная экстирпация, производившаяся преимущественно влагалищным путем, влагалищная ампутация применялась как исключение, а консервативная миомэктомия — в редких случаях. По суммарным данным за время руководства Д. О. Оттом оперативной гинекологией консервативная миомэктомия произведена 161 раз, надвлагалищная ампутация 149 раз, полная экстирпация матки 1593 раза, из них влагалищным путем 218 раз.

Р. В. Кипарский, а тем более А. Э. Мандельштам значительно сузили показания к оперативному вмешательству при фибромиомах, ограничив их специальными показаниями: большой величиной, быстрым ростом, нарушением менструальной функции, болями, нарушением функции соседних органов и т. д. При выборе метода оперативного вмешательства основное значение придавалось возрасту больной с целью сохранения по возможности детородной и менструальной функции. Поэтому в периоде половой зрелости принципиально применялась миомэктомия во всех тех случаях, где это было возможно; в случаях необходимости удаления матки применялась надвлагалищная ампутация, вследствие учета значения шейки матки в общей архитектонике сводов влагалища и большей технической простоте оперативного вмешательства при этой операции.

Применявшаяся в клинике А. Э. Мандельштама пересадка эндометрия в культю шейки при надвлагалищных ампутациях матки с целью сохранения менструальной функции еще более повысила удельный вес этого метода в оперативной клинике фибромиом. Полная экстирпация матки производилась только в тех случаях, когда одновременно имелись и поражения шейки матки или подозрение на злокачественное перерождение фибромиомы.

Так, за время с 1926 по 1946 г. по поводу фибромиом матки произведено 1778 операций надвлагалищной ампутации матки, из них 80 случаев с пересадкой эндометрия в шейку матки, 408 экстирпа-

ция, из них 57 влагалищным путем и 334 консервативных миомэктомий.

Лозунг рационального консерватизма, провозглашенный Д. О. Оттом, вылился в клинике Р. В. Кипарского, а в дальнейшем А. Э. Мандельштама в строго и последовательно проводимую линию расширения консервативной хирургии. Принципиально проводившаяся у женщин в периоде половой зрелости консервативная миомэктомия, не только при солитарных узлах, но и при наличии значительного числа субсерозных, интерстициальных, но даже и при субмукозных узлах, во многих случаях сохраняла больной женщине не только менструальную, но и детородную функцию. В клинике была разработана и методика консервативных цистэктомий, позволявшая сохранить часть функционирующей ткани яичника, даже при опухолях значительной величины. Учитывая значение функции яичника, консервативная цистэктомия принципиально проводилась не только при двусторонних, но и при односторонних опухолях яичника. Противопоказанием к ее производству считались лишь случаи подозрения на возможность злокачественного перерождения, папиллярные кисты яичника и т. п.

За период руководства гинекологической клиникой Р. В. Кипарским, а затем А. Э. Мандельштамом с 1926 г. по 1946 г. из числа 1319 больных, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу новообразований яичника, радикальное удаление опухоли было произведено в 930 случаях, а консервативная цистэктомия в 368 (27,6%). Из общего числа 2520 больных, оперированных по поводу фибромиомы матки, консервативная миомэктомия произведена у 334 больных (13,3%). Если взять соотношение в более поздние годы, то этот процент окажется еще более высоким. Так, с 1936 г. по 1946 г. из числа 634 больных фибромиомой консервативная миомэктомия произведена у 204 больных (32,1%).

За период 1920—1946 гг. по поводу опущений и выпадений половых органов произведено: операций на промежности и тазовом дне — 1974, из них передняя и задняя пластика тазового дна по способу Орта — 1573; 269 раз произведена пластика пузыря по способу Штеккеля, 11 раз операция Лабгардта, 113 раз операция Лефора, из них 17 раз в модификации Ковача. Одновременно в 554 случаях была произведена и операция на шейке матки, из них клиновидная ампутация шейки по способу Шредера — 167 раз, ампутация шейки по способу Штурмдорфа — 129 раз, высокая ампутация с пересадкой сводов — 90 раз, другие операции на шейке матки — 138. В течение последних лет операция Штурмдорфа предпочитается в клинике клиновидной ампутации шейки матки, ввиду лучших результатов заживления.

Считая основной причиной недостаточности тазового дна расхождение мышц, поднимающей задний проход, проф. Р. В. Кипарский предложил производить специальное сшивание ножек леватора при пластической операции восстановления тазового дна в тех случаях, когда функциональная способность этих мышц оказывалась

сохранившейся. В случаях атрофии мышцы, поднимающей задний проход, в клинике применялась этажная пластика тазового дна по способу Д. О. Отта.

Учитывая значение связочного аппарата в сохранении нормального положения матки, Р. В. Кипарский считал показанным укорочение круглых связок с фиксацией их на апоневрозе по ходу пахового канала в случаях комбинации недостаточности тазового дна и ретродевиаций матки. Эта операция сохраняла, по его мнению, физиологическую подвижность матки и возможность деторождения.

Подшивание матки за круглые связки по способу проф. Кипарского было за этот период времени произведено 395 раз, всегда в обязательном сочетании с операцией восстановления тазового дна.

Однако в последние годы клиника отошла от этого способа, так как укороченные по этому способу круглые связки легко растягиваются, матка переходит в состояние ретроверзии и даже ретрофлексии, что значительно снижает первоначальный эффект операции.

Поэтому проф. А. Э. Мандельштам в настоящее время перешел на операцию Лангес—Елкина в случаях необходимости укорочения круглых связок. Операция Кохера была произведена всего в 36 случаях у женщин в постклимаксе, интерпозиция матки в 36 случаях.

При явлениях относительного недержания мочи клиника принципиально производит операцию Штеккеля, с обязательным ушиванием фасциальной пластинки и мышц пузыря, а также при модификации Мажбица с дубликатурой фасциальной пластинки. В случаях более полного недержания мочи клиника прибегает к операции Геббель — Штеккеля, произведенной 11 раз.

Многообразие различных оперативных методов, применяемых в клинике при строгой мотивировке показаний к тому или иному виду оперативного вмешательства, само по себе указывает на строго проводимую индивидуализацию каждого отдельного случая.

Идеи консервативной хирургии, составляя главное направление всей хирургической деятельности гинекологической клиники, тесно смыкаются со все расширяющейся областью восстановительной хирургии. Начало восстановительной хирургии было положено Д. О. Оттом предложенными им операциями восстановления тазового дна и разрушения уретры, зашивания пузырно-влагалищных и прямокишечных фистул, разрывов промежности 3-й степени и создания искусственного влагалища из брюшины заднего дугласа. Под руководством Р. В. Кипарского и А. Э. Мандельштама все поставленные Д. О. Оттом вопросы восстановительной хирургии подверглись углубленному изучению и значительному дальнейшему углублению и усовершенствованию. Широко разрабатывались в клинике вопросы фистульной хирургии.

Проф. Р. В. Кипарским был модифицирован метод восстановления разрушенной уретры, предложенный Мартиусом, проф.

А. Э. Мандельштам предложил оригинальные методы зашивания пузырно-влагалищных, мочеточниковых и прямокишечных фистул.

В течение последних 20 лет отпочковавшееся отделение женской урологии под руководством проф. Мажбидца также проводит работу по изысканию новых методов зашивания фистул. Всего за период 1926—1946 гг. произведено зашивание ректовагинальных фистул 53 раза, пузырно-влагалищных — 164 раза, мочеточниково-влагалищных — 45 раз и уретро-влагалищных — 6 раз.

Специально разработана операция создания искусственного влагалища. После некоторых попыток использования для создания искусственного влагалища метода кожной пересадки по способу Киршнера — Вагнера и пересадки плодных оболочек по способу Бюргера клиника остановилась на методе образования искусственного влагалища из прямой кишки. А. Э. Мандельштамом был детально разработан и модифицирован метод Попова. Опыт клиники по этому вопросу изложен в специальной монографии (А. Э. Мандельштам).

Под руководством Р. В. Кипарского, а в дальнейшем А. Э. Мандельштама клиникой широко разрабатывались вопросы борьбы с бесплодием. А. Э. Мандельштамом и С. А. Ягуновым был широко изучен и модифицирован метод пертубации в диагностике и лечении бесплодия, в дальнейшем широко проводившийся доцентом Е. П. Майзелем.

Гинекологической клиникой разрабатывались консервативные и восстановительные операции на трубах, как резекция, сальпингостоматопластика и оригинальный метод стерилизации и имплантации труб, предложенный Р. В. Кипарским, и разработан для этой цели специальный инструментарий (Г. Н. Туманов).

Считая хирургическую стерилизацию временным вынужденным мероприятием, Р. В. Кипарский предложил с целью стерилизации иссекать трубу из рога матки, не перевязывая ее и сохраняя этим ее физиологическую функцию перистальтического движения нормальной, что давало возможность полного восстановления проходимости ее методом имплантации в случае необходимости.

За указанный период произведена изолированная сальпингостоматопластика 74 раза, с одновременной имплантацией трубы 12 раз, имплантация труб — 92 раза. Ввиду желанья большой детей после ранее произведенной операции двустороннего удаления трубы 12 больным произведена имплантация яичника в полость матки, однако без положительных результатов.

Значительной эволюции подверглось за истекший период лечение злокачественных новообразований женской половой сферы. Д. О. Отт считал показанным влагалищную экстирпацию матки при раковом поражении как шейки, так и тела матки. В период руководства клиникой Р. В. Кипарским влагалищная экстирпация еще оставалась методом выбора. За период 1926—1933 гг. по поводу рака шейки матки произведено 42 влагалищных экстирпации и 5 — абдоминальных. К периоду 1930—1933 гг. относится освоение расширенной экстирпации матки по способу Штеккеля, произведенной 53 раза

(Б. А. Козинский). Операция по способу Вертгейма с 1926 г. по 1929 г. включительно произведена всего один раз, с 1930 г. по 1933 г. — 12 раз.

Со времени вступления в заведывание гинекологической клиникой А. Э. Мандельштама (1934 г.) операция Вертгейма начинает систематически проводится как основной метод оперативного вмешательства, постепенно вытесняя как влагалищную, так и простую абдоминальную экстирпацию. Всего произведены 132 операции.

Разработанный А. Э. Мандельштамом метод аутоотрансплантации удаляемого во время операции яичника под грудную железу больной, предотвращая развитие явлений климактерического невроза у молодых женщин, в значительной мере способствует сохранению нормальных эндокринно-вегетативных корреляций у этих больных.

В целях профилактики развития рецидивов клиника считает обязательным проведение после операции систематического трехкратного курса глубокой рентгенотерапии, начинаемой непосредственно после заживления операционного шва.

Несмотря на благоприятные результаты оперативной терапии, клиника принципиально считает показанными для оперативного лечения только случаи поражения 1-й и 2-й степени. Более запущенные случаи подвергаются исключительно кюри-терапии.

По поводу рака вульвы за истекший период произведено 4 расширенных экстирпации вульвы по методу Штеккеля (А. Э. Мандельштам) с положительными результатами. Злокачественные опухоли придатков подверглись радикальному оперативному лечению в 29 случаях; пробное чревосечение произведено у 60 больных. Учитывая трудность надлежащей оценки операбельности больной путем только гинекологического исследования в случаях наличия асцита, метастазов в сводах и т. п., проф. Р. В. Кипарский являлся горячим сторонником производства в подобных случаях операции пробного чревосечения, которая во многих случаях заканчивалась более или менее радикальным вмешательством, несмотря на кажущуюся перед операцией иноперабельность. Эту точку зрения клиника проводит и в настоящее время, принципиально не считая, например, диссеминацию по брюшине при наличии пролиферирующих кист противопоказанием к радикальному удалению опухоли яичника.

Благоприятные результаты радикального излечения многих случаев, казавшихся до операции иноперабельными, которыми располагает клиника, являются доказательством правильности этой линии поведения тем более, что оперативный риск самой операции пробного чревосечения крайне невелик (6,6%).

Хронические экссудативно-спаечного характера воспалительные процессы типа *sactosalpinx*'а или *ruovarium*'а являлись показанием к оперативному вмешательству после проведенной безуспешной консервативной терапии или в случаях рецидивирования. По данным отчета „Четыре года клинической жизни“, оперативное вмешательство по поводу воспалительных заболеваний придатков матки с 194 по 1908 г. произведено у 30 больных, что составляет по отношению

к общему числу чревосечений (влагалищных и брюшностеночных) — 4,1%, за период 1926—1946 гг. число чревосечений по поводу воспалительных заболеваний придатков составляет 535 (13,2%), из них консервативных операций на придатках произведено 170, а двустороннее удаление придатков произведено 92 больным, находившимся в возрасте 40 лет и старше, во всех остальных случаях либо произведено одностороннее удаление придатков, либо оставление одного или хотя бы части яичника. Надвлагалищная ампутация матки произведена одновременно у 41 больной, экстирпация матки — 85 больным, операция по способу Бейтнера — 27 больным. Таким образом, максимальный рациональный консерватизм с тенденцией к сохранению менструальной или хотя бы овариальной функции является девизом оперативного вмешательства и при хирургическом лечении воспалительных заболеваний.

Число выскабливаний слизистой оболочки матки составило за весь период с 1926 г. по 1946 г. — 1522 случая.

Основная масса выскабливаний носила характер пробных, принятых с целью гистологического исследования слизистой оболочки матки или обследования полости матки. Пробное выскабливание проводилось, во-первых, при малейшем подозрении на раковое поражение тела матки или цервикального канала и как обязательная предпосылка перед всяким направлением больной на рентгеновскую кастрацию по поводу фибромиом, аденомиоза, нарушений менструальной функции.

Выскабливание с последующим гистологическим исследованием широко применялось для уточнения диагностики персистирующего фолликула и, наконец, как метод функциональной диагностики состояния женской половой сферы при различных нарушениях менструальной функции. Пробное выскабливание в виде взятия отдельных полосок ткани широко применялось в последние годы (1945—1946 гг.), как способ определения эффективности терапии, цикла ановулярных менструаций и т. п.

Таким образом, выскабливание матки, проводимое в течение XIX столетия как преимущественно лечебное вмешательство, превратилось в настоящее время в метод уточненной диагностики функционального состояния женского организма.

Из приведенного обзора видна крайне интересная эволюция размаха и характера оперативной деятельности в разные периоды работы гинекологического отделения.

Таким образом, основные принципы оперативной деятельности, сформулированные в отчете за 100-летие деятельности института: 1) строгая индивидуализация случаев; 2) возможно больший консерватизм относительно органов, могущих функционировать, и радикальное удаление тех, которые совершенно изменены; 3) постоянное стремление к выбору наименее опасных для больной оперативных методов, — нашли широкое и неуклонное развитие в оперативной деятельности отделения во все последующие периоды его существования. Постепенная эволюция и совершенствование отдельных видов

Общие показатели работы гинекологического отделения с 1926 по 1941 год представлены на таблице:

Г о д а	Число больных	Число опериров.	Проц. оперирован.	Из них чревосеч.	Проц. чревосеч.
1926—1927 г.	1468	885	60	405	45,0
1928—1932 гг. (1 пятил.)	5254	3627	69	1655	45,6
1933—1937 гг. (2 пятил.)	4615	3855	83,5	1803	46,8
1938—1941 гг. (3 пятил.)	3198	2803	87,6	1079	38,4
Всего:	14535	11170	76,8	4942	44,2

Высокий процент оперированных больных объясняется тщательным исследованием больных в поликлинике института еще до поступления в стационар.

Распределение оперированных больных по основным заболеваниям и оперативным вмешательствам за 1926—1941 год.

Фибромиома матки	2445
Кисты яичника	1286
Рак матки	23
Злокачественные опухоли придатков	89
Рак вульвы	4
Внематочная беременность	473
Воспалительные заболевания придатков матки	563
Заболевание шейки матки	554
Опущение и выпадение половых органов	2006
Мочеполовые и кишечные фистулы	268
Аплазии влагалища	48
Кроме того произведено чревосечений по поводу различных других заболеваний	300
Пробных выскабливаний	1522
Проч. разных операций	1647

оперативных вмешательств явились следствием как общего научного прогресса и научных достижений XX века, так и неуклонного стремления найти наиболее бережный и сохраняющий метод оперативного вмешательства, исходя из индивидуальных особенностей каждой больной.

Точно так же, сохранив основные виды оперативной техники, разработанные Д. О. Оттом, гинекологическая клиника в последующий период своей деятельности совершенствовала их в связи с современными достижениями науки. Основные принципы „Оттовской школы“ — строгая анатомичность, точное поэтажное соединение однородных тканей, избегание „пустых“ пространств в области операционного поля, тщательный гемостаз и бережное отношение к тканям, — составляют в настоящее время основные принципы операционной техники отделения. Однако именно эта область наиболее богата и различными подчас коренными отступлениями от применявшихся Д. О. Оттом методов.

Постоянное орошение операционного поля струей физиологического раствора заменено обычно принятым в хирургии осушиванием операционного поля стерильными тупферами. В качестве шовного материала почти повсеместно применяется за редкими исключениями кетгут. Операция производится обязательно в перчатках. При операциях в брюшной полости особое внимание обращается на тщательность перитонизации, которая осуществляется преимущественно за счет брюшины связочного аппарата, а, в случае необходимости, и петель толстого кишечника или свободной трансплантации сальника. При удалении воспалительно измененной трубы производится обязательное иссечение ее из рога матки с целью предупреждения развития воспалительных инфильтратов в культе трубы. Брюшная стенка зашивается принципиально наглухо, послыйным 4-этажным швом непрерывным кетгутом. На кожу накладываются серфины. У больных с обильным развитием подкожно-жировой клетчатки часто накладываются три шелковых шва через апоневроз, подкожную клетчатку и кожу. Только в случаях излития вирулентного гноя в брюшную полость применяется тампонада по Микуличу. При операции Вертгейма брюшная стенка зашивается наглухо. Дренаж операционного поля через незашитые своды влагалища при экстирпации матки или через специально проложенное кольпотомическое отверстие в заднем своде, широко применявшийся Д. О. Оттом, постепенно вытеснен глухим зашиванием брюшной полости. После операции Вертгейма тампоном, вставленным во влагалище, осуществляется только капиллярный дренаж брюшной полости.

На основании экспериментальных исследований А. Э. Мандельштама и Ходецкого в 1926—1938 гг. относительно широко применялось вливание эфира (20,0—30,0) в брюшную полость с бактерицидной целью после гнойных операций. В последние годы с этой целью применяется вшивание стрептоцида в область операционного поля.

Эволюции подвергся вопрос и о наркозе. Ингаляционный хлороформенный и смешанный хлороформенно-эфирный наркоз, почти исключительно применявшийся Д. О. Оттом, был постепенно заменен эфирным наркозом, а при пластических операциях—местной инфильтрационной анестезией $1/4$ — $1/2$ % раствором новокаина. Начиная с 1930 г., начато относительно широкое применение спинномозговой анестезии. С 1936 г. была освоена и методика гексеналового наркоза.

В каждом отдельном случае выбор того или иного вида обезболивания производится согласно принципу строгой индивидуализации при обязательной консультации терапевта. Большое внимание уделяется в клинике и общему обследованию больной, и специально предоперационной подготовке, и послеоперационному уходу.

В отделении выделена специальная послеоперационная палата, обслуживаемая отдельным персоналом, в которой содержатся больные в течение 2 дней после операции, только затем переводящиеся в общие палаты. У всех больных, страдающих новообразованиями

половой сферы, производится функциональное и рентгеноскопическое исследование мочевого системы в динамическом разрезе.

Все проведенные мероприятия привели к снижению послеоперационной летальности. Так за истекший период времени на 11 170 операций было всего 84 смертных случая — 0,75%.

(Смертность по отдельным видам заболеваний рассмотрена в отдельных статьях.)

Изменившееся направление в клинической оценке и в интерпретации гинекологических заболеваний вылилось и в соответствующую направленность научно-исследовательской работы отделения.

Переход от локалистического ограниченного понимания патологического процесса к представлению о патологии „личности“, целостности как здорового, так и больного организма, характерный для первой половины XX века, нашел свое отражение и в клинической интерпретации гинекологических заболеваний в институте.

Изучается вопрос об особенностях конституционального строения и о связи его с течением и даже возникновением различных патологических состояний (В. В. Преображенский, А. Э. Мандельштам, Е. И. Гуревич, А. А. Шепетинская). Гинекологические заболевания начинают рассматриваться как отражение общего состояния организма и в то же время как фактор, оказывающий выраженное воздействие на весь организм в целом.

Октябрьская революция была могучим толчком в изучении влияния социальных условий на заболеваемость. Широкое вовлечение женщин в промышленность вызвало необходимость выяснения и создания наиболее подходящей обстановки и условий труда в новых отраслях промышленности с широким применением женского труда. В ряде работ, организованных отделением социальной гигиены матери и ребенка, широкое участие принимали сотрудники гинекологического отделения (Б. А. Козинский, Е. И. Гуревич, Е. П. Майзель и др.). Изучалась заболеваемость женщин по материалам страхкасс Ленинграда (Б. А. Ливов, И. И. Яковлев, Б. А. Козинский).

Широкому и разностороннему изучению был подвергнут вопрос о физиологии и патологии менструальной функции в свете нового учения о половых гормонах. Получение биологически активного препарата „эстрагина“ из мочи беременных женщин (А. Н. Егоров, Е. И. Гуревич), проверка эффективности биологических препаратов (А. Н. Егоров), терапия аменорреи и маточных кровотечений (Е. И. Гуревич, А. Н. Егоров, Э. М. Каплун, С. А. Ягунов), клиника и терапия персистирующего фолликула (Е. И. Гуревич), реакция Цондек-Ашгейма в различных модификациях (А. Э. Мандельштам, Э. М. Каплун, А. Н. Егоров, С. И. Павленко), в качестве диагностического метода при внематочной беременности (А. Э. Мандельштам, Э. М. Каплун), при фибромиоме и беременности (А. Н. Егоров), хориоэпителиоме (Э. Д. Мандельштам), представляют собой результат научных изысканий сотрудников гинекологической клиники. В 1933—1934 гг. на базе гинекологического

отделения Всесоюзным институтом экспериментальной медицины было открыто специальное „эндокринное“ отделение для больных, страдающих различными нарушениями менструальной функции. Основной задачей этого отделения по заданию ВИЭМ явилось изучение эффективности лизатотерапии (М. П. Бушмакина) при различных аномалиях месячных; в отделении проводилось одновременно углубленное систематическое клиническое изучение этих больных (Е. И. Гуревич, Е. Н. Марголина).

После разрешения поставленной перед отделением задачи оно было ликвидировано, однако изучение различных клинических проявлений аномалий менструальной функции продолжалось как среди стационарных, так и поликлинических больных (А. Н. Егоров, Е. Н. Марголина, Э. М. Каплун, Е. И. Гуревич, А. А. Шепетинская, М. В. Могилев).

В период Великой Отечественной войны тщательному изучению был подвергнут вопрос о клинике и этиопатогенезе аменорреи военного времени в Ленинграде (Е. И. Гуревич) и о клинической картине затяжной аменорреи послевоенного времени (комплексное исследование) (А. Э. Мандельштам, Е. И. Гуревич, Г. А. Семенова, Е. А. Рубель, А. А. Куликовская, А. А. Синицкий, А. Г. Долгопольская).

В настоящее время в плане научной тематики гинекологического отделения стоит задача изучения физиологии женщины в разные периоды ее жизни и реактивности женского организма.

Для более углубленного изучения вопроса о механизмах различных нарушений менструальной функции с 1946 г. в институте открыто специальное эндокринно-вегетативное отделение (Е. И. Гуревич).

На протяжении периода 1926—1946 гг. различными сотрудниками отделения были обработаны материалы по всем разделам оперативной гинекологии: фибромиомы матки (А. Э. Мандельштам, Б. А. Козинский, Н. А. Подзоров, Э. М. Каплун и Л. А. Шуссер), новообразование яичников (А. Э. Мандельштам, А. Ф. Петербургский), рак шейки и тела матки (А. Э. Мандельштам, Л. А. Шуссер, Е. Е. Полоцкий), пороки развития (А. Э. Мандельштам), хорион-эпителиома (А. Э. Мандельштам), воспалительные заболевания придатков матки (И. Б. Левит и А. Г. Болгова, Э. М. Каплун), внематочная беременность (И. Б. Левит), клиника этиопатогенеза и терапия опущений матки и влагалища (М. А. Нигин, Р. В. Кипарский, Б. А. Козинский), техника гинекологических операций (И. Б. Левит). Широко разработаны были и вопросы диагностики, клиники и лечения бесплодия (А. Э. Мандельштам, Е. П. Майзель).

Большое внимание, уделявшееся в практической оперативной деятельности консервативной и восстановительной хирургии, нашло свое отражение и в научно-исследовательской работе, в виде работ, посвященных лечению относительного недержания мочи (А. М. Мажбиц, А. Э. Мандельштам), зашивание свищей (Р. В. Кипар-

ский, А. Э. Мандельштам, А. М. Мажбиц). Клиника и терапия опущений матки и влагалища разрабатывались Р. В. Кипарским, А. Э. Мандельштамом, Б. А. Козинским, М. А. Нигиным.

Изучались также и более редко встречающиеся заболевания и ряд клинических казуистических случаев.

Общими итоговыми работами, суммирующими все достижения и принципиальные установки клиники, являются „Оперативная гинекология“ Д. О. Отта и его сотрудников, обнимающая период деятельности клиники в оттовский период, и „Гинекологическая диагностика“ А. Э. Мандельштама, в которой нашли отражение основные принципы деятельности отделения за период с 1928 г. Находящийся в печати II том „Функциональная диагностика“ представляет собой первую попытку систематического изложения методов определения реактивности и функциональной способности женского организма в динамическом разрезе.

Ст. научн. сопр. Е. И. ГУРЕВИЧ

Физиология и патология менструальной функции

Изучение менструальной функции начинается в институте с 1840 г., когда в отчетах так называемой «Поликлиники» института за 1840—1844 гг. впервые встречается упоминание о группе больных, страдающих «функциональными расстройствами», к каковым причисляется истерия, все расстройства месячных очищений, бели, маточные кровотечения воспалительной природы и неизвестного происхождения, а также и некоторые «страдания беременных» (Канегиссер). Из приведенного перечисления следует, что в отчете делается попытка подразделения кровотечений по этиологическому признаку — «воспалительной природы» и «неизвестного происхождения», а также отграничение их от других расстройств «месячных очищений». К сожалению, более точной характеристики и каких-либо указаний на проводившуюся терапию мы в этих отчетах не находим.

С 1844 г. при Повивальном институте открывается специальное гинекологическое отделение для стационарного лечения больных женскими заболеваниями. С 1845 по 1859 г. через гинекологическое отделение прошло 597 больных, из них 75 «с уклонениями месячных очищений» (отчет д-ра Гугенбергера).

В дальнейшем, однако, с 1859 по 1880 г. имеются только скудные сведения о числе больных, прошедших через отделение. Данные о характере заболеваемости и подразделение на нозологические единицы отсутствуют. С 1880 г., благодаря реорганизации отделения и улучшению документации, становится возможным распределение больных по видам заболевания. Согласно данным д-ра Канегиссера, с 1880 по 1882 г. через гинекологическое отделение прошло 718 больных, однако нарушение менструальной функции как отдельная нозологическая единица не помечено ни разу. Этот факт, повидимому, объясняется тем, что, стремясь к уточнению диагностики, в ча-

стности, топической, составители отчета отнесли нарушения менструальной функции к группе воспалительных заболеваний эндометрия. Имеются указания и на терапию «воспалительных заболеваний», сопровождающихся кровотечениями, заключающуюся в выскабливании, которое применялось, однако, в тех случаях, когда после консервативного лечения — постельного содержания, спринцеваний, смазываний и т. п. — не наступало прекращения кровотечений (Канегиссер).

К этому периоду относятся два замечательных исследования Д. О. Отта, которые по глубине содержания, новизне интерпретации вопроса и тщательности исследования представляют собой капитальный вклад в науку того времени.

Первая из упомянутых работ «К учению о физиологических проявлениях половой жизни у женщин крестьянок Калужской губ.» относится к 1879 г. и представляет собой социологический этюд, задачей которого автор поставил выяснение зависимости менструальной функции от «географического положения данного места, состава почвы, суммы физических явлений — климата, флоры, фауны и, наконец, жизненных условий жителей и их социального положения» (Отт).

На основании сопоставления полученных автором данных обследований 700 крестьянок, жительниц Калужской губ., с данными д-ра Смидовича и д-ра Славянского, обследовавших соседние уезды Тульской и Рязанской губ., а также на основании углубленного исследования географических условий и данных экономической географии этих мест, Отт приходит к выводу, что «общепринятое мнение, по которому решающим моментом в наступлении половой зрелости у женщин является тот градус северной или южной широты, под которым они рождаются и живут, не может быть признано за абсолютно верное». «Не отвергая значения, которое имеет на развитие и отправления женской половой сферы климат, мы вместе с тем полагаем, что жизненные условия, в которые поставлен женский организм, заслуживают, чтобы им придавали несравненно большее значение, чем это до сих пор делалось» (Отт).

Учитывая, что работа написана еще в 1879 г., т. е. в ту эпоху, когда социальная гигиена еще только зарождалась, нельзя не отметить большого прогрессивного значения этого исследования. Углубленный клинико-статистический анализ, или, как Отт говорит, «медико-статистический» анализ, позволяет еще и в настоящее время сделать несколько весьма интересных выводов, в свое время даже не использованных автором, в частности, по вопросу о частоте аменоррей, отмеченных автором в 27 случаях до 40 лет (3%). Сопоставление сроков наступления менструаций, начала половой жизни и 1-й беременности позволяет прийти к заключению об относительно редком наступлении зачатия в молодом возрасте, что может служить косвенным доказательством наличия ановулярных менструаций в молодом возрасте.

Наметившийся в медицинском мышлении к началу XX века по-

ворот от ограниченного локалистического понимания физиологических и патологических процессов в отдельных органах и тканях к пониманию организма как органического целого, отдельные части которого связаны между собой функцией эндокринно-вегетативной системы, нашел свое отражение и в понимании менструальной функции. Менструальная функция перестала рассматриваться только как периодически наступающая геморрагия из половых органов; ее начали понимать как совокупность циклически повторяющихся функциональных процессов, протекающих в организме женщины в целом. Менструальное кровотечение начинает рассматриваться как внешнее проявление, конечный акт сложных процессов, протекающих в организме. Д. О. Отту принадлежит первенство в установлении «закона волнообразной периодичности физиологических отпавлений женского организма» еще в 1890 г. Широко поставленное изучение реактивности женского организма и колебаний интенсивности различных физиологических процессов, как то: температуры тела, кровяного давления, мышечной силы, жизненной емкости легких, высоты коленных рефлексов и т. д. составило предмет диссертации д-ра Жихарева «К учению о месячных». Полученные данные позволили выявить «определенную закономерность в колебаниях напряженности обследованных функций организма по отношению к фазам менструального цикла», выражающуюся в волнообразном характере течения жизненных процессов с заметным повышением интенсивности их в предменструальном периоде и крутом падении волны в период самой менструации. Работы Отта и Жихарева, опубликованные в 1890—1895 гг., имели большое принципиальное значение, так как ими подчеркивалась связь между менструальной функцией и общим состоянием организма, а менструация рассматривалась только как показатель определенной фазы менструального цикла. Жихарев приходит далее к выводу, «что периодичность деятельности тазовых органов сама есть лишь последствие общей причины, заключенной в основных условиях питания, и жизни, находящихся в периоде половой жизни женщины, — условиях, вызывающих правильную месячную ритмичность всех отпавлений женского тела и, в частности, его половых органов» (Жихарев). Этот взгляд Д. Отта на менструацию, как на процесс не только связанный, но и обусловленный общим состоянием организма и подверженный влиянию условий внешней среды, был положен в основу дальнейших работ сотрудников института (Ильин, Белугин, Гуревич).

Дальнейшие теоретические изыскания шли по линии изучения функции яичников и возможности использования их с лечебной целью путем пересадки.

Произведенные исследования составили предмет нескольких научных работ и трех диссертаций: «Экспериментальные данные о влиянии кастрации» (М. Л. Коган, 1896 г.), «Об изменении ткани яичников при различных условиях их пересадки» (В. В. Преображенский, 1900 г.), «К вопросу о рассасывании жира в ткани яичника» (Е. З. Строгая, 1906 г.).

Наибольшую ценность представляет диссертация В. В. Преображенского, которая дает исчерпывающий ответ на ряд вопросов, связанных с пересадкой яичников.

Блестящие научные достижения в области изучения нормальной менструальной функции не были, однако, перенесены в клинику, и в отчетах гинекологического отделения за 1893—1897 гг. расстройства менструальной функции рассматриваются в группе воспалительных заболеваний матки, как следствие хронических эндометритов.

Изучение строения слизистой оболочки матки оторвано от циклических процессов созревания фолликулов в яичнике, проводившееся в конце XIX века, привело, несмотря на накопление огромного фактического материала, к методологической ошибке в трактовке отдельных фаз циклически изменяющейся слизистой, как патологических ее состояний. Это понимание гистологических картин строения слизистой было положено в основу подразделения «эндометритов» и в гинекологическом отделении Повивального института. Вследствие этого мы встречаем в отчете 1893—1897 гг. на общее число в 602 больных 178 больных с диагнозом хронический эндометрит, из них с кровотечением 100 чел. Стремясь к наиболее точному выявлению этиологии и патологической анатомии этого страдания, авторы отчета проводили подразделение эндометритов по этиологическому признаку: на заразные (инфекционные — Е. Г.), т. е. вызванные заведомо микробной инвазией — гонорройные и послеродовые, — и незаразные, возникающие в связи с различными другими заболеваниями: при изменении положения матки, при новообразованиях, старческие, от неизвестных причин, после выкидышей.

Патологоанатомически были выделены 3 вида эндометритов: катаральный, гиперпластический и атрофический. Описанные под названием гиперпластического эндометрита изменения слизистой оболочки чрезвычайно напоминают картину кистовидно-железистой гиперплазии, характерную для персистирующего фолликула.

Разработана и клиническая картина течения разных эндометритов, причем впервые описан так называемый «климактерический эндометрит», течение которого, выражающееся в чередовании периодов отсутствия регул в течение нескольких месяцев с периодами длительных кровотечений, во многом сходно с клинической картиной персистирующего фолликула, описанной Шредером 20 лет спустя.

Согласно общим принципиальным установкам института, в лечении хронических эндометритов стремились проводить и каузальную терапию. Несмотря на чрезвычайно частое применение выскабливания (177 раз на 178 больных, как указано выше), оно не составляло единственного лечения эндометритов, но «являлось одним из ингредиентов целого метода, направленного не только к устранению симптомов, но и к удалению причин, вызвавших заболевание, и таким образом к предупреждению рецидивов» (Канегиссер).

При хронических эндометритах кроме выскабливания применялось и прижигание иодной настойкой. При гиперемии и гиперплазии слизистой оболочки, развивавшихся «вследствие неправильного поло-

жения матки или новообразований ее стенки кроме выскабливания всегда употреблялись и другие мероприятия, как массаж, кольпоперинеоррафия, ампутация шейки матки и т. п.» (Канегиссер).

В случаях гиперпластического железистого эндометрита у старух, вслед за выскабливанием производилось прижигание остатков эндометрия раствором хлористого цинка различной концентрации. Кроме местного лечения везде, где это было необходимо, назначалась и общеукрепляющая терапия.

Противопоказанием для оперативного лечения являлся острый период основного заболевания и свежие воспалительные процессы в придатках, брюшине и клетчатке. В таких случаях предварительно назначался покой, лед на живот или согревающий компресс. Техника производства операции выскабливания, детально описанная в «Оперативной гинекологии» (Отт), почти не подверглась изменениям до настоящего времени. Промывание матки после операции выскабливания в настоящее время совершенно оставлено и никогда не применяется, так же как и прижигание слизистой оболочки хлористым цинком, которое заменено смазыванием стенки матки 5—10% настойкой иода. Показания же к производству операции выскабливания с лечебной целью в настоящее время значительно сужены; операция эта производится только по специальным показаниям. Диагностическая ценность выскабливания сохранила свое значение и до настоящего времени. Особого внимания заслуживает разработанный Д. О. Оттом метод взятия пробного соскоба слизистой оболочки матки, без предварительного расширения канала шейки. Предложенные им для этой цели специально сконструированные пегли — кюретки позволяют производить это столь важное и для настоящего времени исследование функционального состояния слизистой оболочки с минимальной травмой.

В последующее десятилетие вопрос о менструальной функции медленно эволюционировал. Открытие Гитшманом и Адлером циклических изменений слизистой оболочки матки, возникающих в связи с соответствующими процессами созревания фолликулов в яичнике, нашло свое отражение в работах К. П. Улезко-Строгановой, изучавшей строение слизистой оболочки в разные периоды менструального цикла. Однако новая трактовка вопроса о нарушениях менструального цикла медленно прививалась в клинике, восторжествовав только с приходом в клинику проф. Р. В. Кипарского.

Но уже вскоре после Октябрьской революции в институте повышается интерес к различным anomalies менструального цикла, которые определенно связываются с общим состоянием женского организма. Окончательно утверждается положение о зависимости менструальной функции от общей соматики и одновременно делаются попытки связать некоторые общеконституциональные особенности и anomalies строения с нарушением функции яичников (В. В. Преображенский, 1918—1921 гг.). Работы Ф. И. Ильина (1918—1922 гг.) и И. В. Белугина (1923—1924 гг.) посвящены изучению влияния вредных условий внешней среды, в частности, недостаточного питания,

на развитие аменорреи и на срок появления первых менструаций. Ф. И. Ильин, в серии из 3 работ (1919—1922 гг.), посвященных анализу развития аменорреи в Ленинграде в 1919—1920 гг., выявил зависимость между возникновением аменорреи и недостаточностью питания. Работы Ф. И. Ильина выгодно отличаются от целой серии работ, посвященных описанию аменорреи военного времени в Германии, как по правильности медико-статистического анализа, так и по глубине трактовки. Например, с целью выяснения степени пораженности аменорреей им было произведено двукратное (в 1919 и в 1920 гг.) обследование одной и той же группы здоровых женщин, в то время как немецкие авторы учитывали степень распространения аменорреи по числу обращений в поликлинику. На основании гистологического исследования слизистой оболочки матки при этом виде аменорреи Ф. И. Ильин проводит разделение аменорреи на 3 фазы: 1-я фаза — с сохранившимися циклическими изменениями эндометрия и ненарушенным, по мнению автора, овариальным циклом; 2-я фаза — с отсутствием циклических изменений в эндометрии; 3-я фаза — с атрофическими изменениями эндометрия.

И. В. Белугин, на основании обследования группы учащихся и сопоставления полученных данных со сроками наступления менструаций у здоровых женщин, отметил запоздание первых менструаций у девочек, пубертатный период которых протекал в 1919—1921 гг. Своей работой И. В. Белугин подтвердил положения Отта, высказанные им в 1879 г., о влиянии условий внешней среды на сроки появления первых менструаций.

Проводится клиническое изучение менструальной функции по литературным данным (Поволоцкая-Введенская) и по материалам поликлиники института (Гуревич). На основании анализа менструальной функции у больных, страдавших новообразованиями половой сферы (Гуревич, 1923 г.), впервые выявлено более раннее наступление менструаций у лиц, у которых впоследствии развивалась фибромиома матки. Это положение, впоследствии подтвержденное Шуссером и Подзоровым на большом материале гинекологической оперативной клиники, подчеркивало связь между развитием фибромиомы и характером менструальной функции. Впрочем, еще значительно раньше, Д. О. Отт, в речи, произнесенной на годовичном заседании Акушерско-гинекологического общества, указал на связь между наличием недоразвития матки, дисменорреей, бесплодием и фибромиомой в будущем (Отт).

Возглавление гинекологической клиники проф. Р. В. Кипарским (1926 г.) совпало с эрой блестящего развития учения о половых гормонах и нового освещения в связи с этим вопросов физиологии и патологии менструальной функции и связано с неуклонным и прогрессирующим повышением интереса клиники к этому разделу гинекологической дисциплины. Постепенно расширяющаяся область исследования вовлекла в свою орбиту новый круг вопросов и прошла в дальнейшем красной нитью через всю практическую и научную деятельность клиники. Будучи ярким сторонником понимания менструальной

функции, как процесса, обусловленного циклическими процессами созревания фолликулов в яичнике и соподчиненного ему эндометриального цикла, Р. В. Кипарский перенес это положение для объяснения развития различных аномалий менструального цикла. Один из первых в СССР он разработал и внедрил в клинику учение о персистирующем фолликуле, ему же принадлежит и разработка понятия о травматических кровотечениях и выяснение патогенеза их. Проводя аналогию между предменструальным периодом и началом беременности, Р. В. Кипарский расценивал изменения общего состояния, как головные боли, тошноты, нарушения функции кишечника, поражения кожи и т. п., возникающие в предменструальном периоде, как «менструальные токсикозы», обусловленные нарушением эндокринно-вегетативного равновесия.

Организованный в 1927—1928 гг. виварий позволил в условиях клиники перейти к количественному и качественному изучению половых гормонов (Егоров). В начале 1929 г. в лаборатории института было выделено, впервые в СССР, из мочи беременных женщин эстрогенное вещество (Егоров и Гуревич), обладавшее в эксперименте всеми биологическими свойствами фолликулярного гормона. Этот препарат под названием «Эстрагин» был продемонстрирован весной 1929 г. на заседании Акушерско-гинекологического общества. С того же времени было предпринято, после тщательной лабораторной и экспериментальной проверки, применение его для лечения аменорреи. Результаты терапевтического применения «Эстрагина», доложенные на заседании Акушерско-гинекологического общества в 1930 г., оказались не менее эффективными, чем лечение фабричными препаратами того периода. Впрочем, лабораторный опыт получения эстрагина был учтен фабрикой «Фармакон» при выпуске фабричных биологических активных препаратов — «Фолликулин». В свете учения о роли сексуальных гормонов в осуществлении менструальной функции, впервые в клинике была проведена попытка каузальной терапии менструальных расстройств. Была произведена проверка биологической активности различных препаратов яичника и эстрогенных препаратов и проланов, добываемых из мочи беременных женщин (А. Н. Егоров), а также изучена терапевтическая эффективность этих препаратов при лечении некоторых форм аменорреи (Гуревич).

На основании проведенных работ были уточнены показания и методика лечения гормонально-активными препаратами, выявлена необходимость достаточной концентрации их для получения терапевтического эффекта, зависимость последнего от продолжительности аменорреи и степени атрофических изменений полового аппарата и, наконец, большая эффективность масляных растворов эстрогенных веществ.

Результаты данной работы, доложенные на заседаниях Акушерско-гинекологического общества (Гуревич) и на I съезде эндокринологов (Гуревич), были положены в основу терапевтического применения этих препаратов в практике лечения аменорреей.

Изучение клиники аменорреи нашло свое отражение в большой работе «Аменоррея послевоенного времени» (Е. И. Гуревич, 1923 —

1930 г.), в которой был подвергнут анализу материал в 360 случаев аменорреи, прошедших через поликлинику института за период 1923—1929 гг. Автор на основании тщательного изучения опровергает предложение Шредера считать аменоррею «функциональным» заболеванием, «ибо обнаруженные при аменоррее тяжелые изменения фолликулярного аппарата, совершенно не свойственные возрасту больной, указывают на глубокие морфологические изменения паренхимы яичника». Восстановление функции яичника после аменорреи нельзя считать процессом *restitutio ad integrum*, ибо погибшие фолликулы не в состоянии восстановиться; восстановление менструальной функции происходит ввиду громадного количества заложенных в яичнике фолликулов, за счет созревания оставшихся неповрежденными» (Гуревич). Исходя из понимания аменорреи, как патологического процесса с определенным патологоанатомическим субстратом, автор возражает и против телеологического взгляда на аменоррею, как на защитное приспособление организма с целью предотвращения чувствительной для организма кровопотери.

И. И. Фейгель, в работе «Об изменениях менструальной функции при различных наркоманиях», доказал зависимость менструальной функции от общего состояния организма и выявил возникновение различных менструальных аномалий, в особенности аменорреи, у лиц, страдающих различными наркоманиями.

Изучение менструальной функции у фиброматозных больных (Н. А. Подзоров и Л. А. Шуссер) произведенное параллельно с исследованием слизистой оболочки и состояния яичников, подтвердило более раннее наступление менструаций у них и позволило подойти к выяснению патогенеза, заключающегося, по предположению авторов, в нарушении функции гипофиза у этих больных. Стремление вскрыть механизм внутриклеточного обмена в течение менструального цикла мы видим в работах А. А. Шепетинской об изменениях минерального обмена в различные фазы менструального цикла и при некоторых аномалиях его, в изучении минерального состава менструальной крови (Шепетинская и Кафитина) и в работе О. С. Мавойловой с сотрудниками — о роли электролитов в осуществлении гормонального эффекта.

Опыт и взгляды клиники на генез и терапию маточных кровотечений суммированы в монографии «Маточные кровотечения» (1933 г.). На основании подробного анализа причин и характера кровотечений дана развернутая схема классификации маточных кровотечений по этиологическому признаку (Гуревич), разработана клиника и терапия персистирующего фолликула (Гуревич) и принципиальные показания к тому или иному виду оперативного лечения (Марголина), физическим методам лечения (С. А. Ягунов), лучистой энергии (Полубинский и Протас). Также выявлен удельный вес маточных кровотечений в гинекологической заболеваемости по материалам страхкассы (Б. А. Либов и И. И. Яковлев).

Классификация маточных кровотечений, разработанная в институте (Гуревич), построена на попытке выявления этиологии и

патогенеза расстройств менструальной функции. Все виды маточных кровотечений подразделяются на 4 основных группы: 1) овариогенные; 2) кровотечения на почве недостаточной функции мышцы матки; 3) кровотечения на почве общих заболеваний; 4) кровотечения на почве местных деструктивных воспалительных новообразовательных процессов. Многогранность этиологических факторов требует выяснения в каждом отдельном случае патогенеза кровотечения. Только в подобном случае терапия может носить характер каузальной. На этом основании клиника отходит от «общей» терапии маточных кровотечений и кладет в основу своего терапевтического вмешательства «частную» терапию отдельных форм кровотечений.

В работе «Терапия маточных кровотечений» (Е. Гуревич), доложенной на IX Всесоюзном съезде, проводится принципиальная установка необходимости каузальной, основанной на этиопатогенезе маточных кровотечений, терапии и разбираются основные методы лечения различных заболеваний, вызывающих кровотечения.

«Ведущей линией терапии является стремление к физиологическому восстановлению нормальной менструальной функции» (Гуревич). Поэтому все виды терапии, вызывающие прекращение кровотечений путем развития стойкой аменорреи, не могут принципиально считаться рациональной терапией, и должны иметь только строго ограниченную сферу применения (Гуревич), с особым учетом возраста больной, возможности сохранения менструальной и детородной функции». Поиски наиболее рациональной терапии привели к применению биологически-активных препаратов — пролана, лютеогормона — при лечении некоторых форм кровотечений, а также к использованию гормонов в нативной форме, в виде применения урогравиданотерапии, лечению кровью беременных (А. Э. Мандельштам, Е. И. Гуревич, А. Н. Егоров, Э. М. Каплун).

В 1933 г. на базе гинекологической клиники открывается клиническое отделение ВИЭМ, со специальным заданием изучения клинических форм различных менструальных аномалий и проверки эффективности лизатотерапии. Результаты проведения терапевтических наблюдений, суммированные в работах «Лизатотерапия аменоррей» (Гуревич) и «Лизатотерапия маточных кровотечений» (Марголина), выявили, однако, значительно меньшую эффективность лизатотерапии по сравнению с применением биологически-активных препаратов, почему этот вид терапии был затем клиникой оставлен, если не считать отдельных случаев его применения, в виде комбинированной терапии при некоторых кровотечениях (Гуревич).

Урогравиданотерапия, проводившаяся на ограниченном числе больных, оказалась относительно эффективной как в поликлинике, так и в комбинации с грязелечением в условиях курорта (Мандельштам и Беккер), однако широкого применения не получила, так как клиника считала нерациональным использование столь богатого балластными веществами нативного продукта, при наличии очищенных биологически-активных препаратов, значительно более высокой активности. Однако повторный опыт применения урогравиданотерапии при

лечении аменорреи военного времени в Ленинграде (Гуревич), вновь подтвердил ее терапевтическую действенность, что позволяет расценить ее применение как рациональную терапию при отсутствии биологически-активных препаратов и при соблюдении следующих определенных правил ее применения: 1) взятия мочи у здоровых женщин; 2) обязательного кипячения или пропускания через фильтр Шамберлена; 3) систематического применения в виде микроклизм из 50,0—100,0 куб. см мочи, разведенной в равном количестве отвара ромашки. Клизма вводится обязательно нагретой до температуры тела; 4) курс лечения должен продолжаться не меньше месяца.

Желание перенести в клинику блестящие результаты экспериментальной эндокринологии послужило основанием для изучения возможности пересадки гипофиза с лечебной целью (Козинский и Егоров). Была разработана техника пересадки яичников (Козинский, Мандельштам) и учтено впервые в гинекологии значение одногруппности крови реципиента и донора для успешности приживления трансплантата (Мандельштам). Широкое применение аутотрансплантации яичников под грудную железу молодым женщинам, подвергавшимся радикальной операции удаления матки по способу Вертгейма (Мандельштам), позволило предотвратить развитие тяжелых послеоперационных климактерических неврозов. Экспериментальная проверка аутотрансплантации была проведена д-ром Е. Е. Полоцким и составила предмет его диссертации на степень кандидата медицинских наук.

Параллельно с изучением клиники и терапии менструальных расстройств, расширяется изучение патогенеза их, выявление значения различных эндокринопатий и вегетоневрозов в возникновении менструальных аномалий. Консультантам этого отделения, проф. М. И. Хвиливицкой и ныне покойному проф. Я. А. Ратнеру, клиника обязана углубленным и всесторонним изучением этих больных. Проводившееся у всех больных исследование минерального обмена, холестерина, основного обмена, рентгенологическое изучение костного скелета (диаэпифизарных зон), полостей черепа и турецкого седла еще более укрепило взгляд на аномалии менструального цикла, как на проявление глубоких нарушений эндокринно-вегетативной регуляции организма. Взгляды клиники в этом вопросе вылились в два цикла лекций, читанных на курсах Института усовершенствования врачей: «Физиология и патология менструальной функции и основы современной клинической диагностики» (Гуревич).

Гинекологическая клиника широко развила и углубила основные принципы диагностики и терапии менструальных расстройств. Основным и главным принципом, проводившимся в клинике, явилось уточнение диагностики и каузальной терапии, со строгой индивидуализацией каждого случая заболевания и максимально консервативно-сохраняющим методом лечения. Исходя из этих основных положений, широко разрабатывались вопросы дифференциальной диагностики отдельных видов маточных кровотечений, на основании клинической картины заболевания, гистологического строения слизистой матки

(Гуревич и Куликовская), колебаний циркулирующего в кровяном русле и выделяющегося с мочей эстрогена. Использование метода ангиостомии, предложенного Лондоном, позволило М. В. Могилеву выяснить разницу между содержанием фолликулярного гормона в *v. ovarica* и в периферической крови. Проведенная им работа составила диссертацию на степень доктора медицинских наук.

В этиологии постклимактерических корпоральных маточных кровотечений, А. Э. Мандельштаму удалось выяснить значительный удельный вес доброкачественных новообразований, воспалительных и склеротических изменений слизистой оболочки и сосудов матки и влагалища, вопреки установившемуся взгляду на постклимактерические кровотечения, как обусловленные в подавляющем большинстве случаев злокачественными новообразованиями полового аппарата.

Им же впервые в СССР была описана клиническая картина гранулезо-клеточковой опухоли яичника и уточнена диагностика ее в постклимаксе. Гиперплазия слизистой оболочки матки без признаков злокачественного перерождения и некроза, обнаруженная у женщин в постклимаксе, сопровождающаяся кровотечением и выделением в моче фолликулярного гормона, позволяет сделать заключение о развитии гранулезо-клеточковой опухоли яичников (Мандельштам). Так же установлено работами А. Э. Мандельштама значение количественного определения гонадотропных гормонов в моче для установления диагноза и критерия излеченности хорион-эпителиомы. Этому вопросу им посвящена специальная монография («Хорион-эпителиома матки»).

Гистологическое исследование слизистой оболочки матки, позволяющее не только исключить злокачественные новообразования, но установить в большинстве случаев фазу менструального цикла и, следовательно, сделать ретроградное заключение о характере процессов созревания фолликулярного аппарата, вошло в постоянный обиход клинической диагностики. Гинекологическая клиника считает принципиально необходимым проведение пробного выскабливания с диагностической целью при каждом ациклическом кровотечении, как необходимую предпосылку перед назначением любого консервативного метода лечения, в том числе и лучистой энергии. С целью бесспорного исключения злокачественного новообразования показано полное удаление всей слизистой оболочки матки, чтобы не пропустить развивающегося в начале заболевания ракового поражения на ограниченном участке. Поэтому это «пробное» выскабливание производится кюреткой средних размеров, после расширения канала шейки до № 8—10, с обязательным удалением всей слизистой оболочки матки и обязательным направлением в гистологическую лабораторию всей массы удаленной ткани. Только проведение пробного выскабливания по указанной методике дает гарантию в отношении распознавания действительно начальных форм рака (Г. В. Шор). Тщательно произведенное выскабливание, в случае отсутствия злокачественного новообразования у женщин в возрасте, близком к климактерическому, дает терапевти-

лечении аменорреи военного времени в Ленинграде (Гуревич), вновь подтвердил ее терапевтическую действенность, что позволяет расценить ее применение как рациональную терапию при отсутствии биологически-активных препаратов и при соблюдении следующих определенных правил ее применения: 1) взятия мочи у здоровых женщин; 2) обязательного кипячения или пропускания через фильтр Шамберлена; 3) систематического применения в виде микроклизм из 50,0—100,0 куб. см мочи, разведенной в равном количестве отвара ромашки. Клизма вводится обязательно нагретой до температуры тела; 4) курс лечения должен продолжаться не меньше месяца.

Желание перенести в клинику блестящие результаты экспериментальной эндокринологии послужило основанием для изучения возможности пересадки гипофиза с лечебной целью (Козинский и Егоров). Была разработана техника пересадки яичников (Козинский, Мандельштам) и учтено впервые в гинекологии значение одноклассности крови реципиента и донора для успешности приживления трансплантата (Мандельштам). Широкое применение аутотрансплантации яичников под грудную железу молодым женщинам, подвергавшимся радикальной операции удаления матки по способу Вертгейма (Мандельштам), позволило предотвратить развитие тяжелых послеоперационных климактерических неврозов. Экспериментальная проверка аутотрансплантации была проведена д-ром Е. Е. Полоцким и составила предмет его диссертации на степень кандидата медицинских наук.

Параллельно с изучением клиники и терапии менструальных расстройств, расширяется изучение патогенеза их, выявление значения различных эндокринопатий и вегетоневрозов в возникновении менструальных аномалий. Консультантам этого отделения, проф. М. И. Хвиливицкой и ныне покойному проф. Я. А. Ратнеру, клиника обязана углубленным и всесторонним изучением этих больных. Проводившееся у всех больных исследование минерального обмена, холестерина, основного обмена, рентгенологическое изучение костного скелета (диаэпифизарных зон), полостей черепа и турецкого седла еще более укрепило взгляд на аномалии менструального цикла, как на проявление глубоких нарушений эндокринно-вегетативной регуляции организма. Взгляды клиники в этом вопросе вылились в два цикла лекций, читанных на курсах Института усовершенствования врачей: «Физиология и патология менструальной функции и основы современной клинической диагностики» (Гуревич).

Гинекологическая клиника широко развила и углубила основные принципы диагностики и терапии менструальных расстройств. Основным и главным принципом, проводившимся в клинике, явилось уточнение диагностики и каузальной терапии, со строгой индивидуализацией каждого случая заболевания и максимально консервативно-сохраняющим методом лечения. Исходя из этих основных положений, широко разрабатывались вопросы дифференциальной диагностики отдельных видов маточных кровотечений, на основании клинической картины заболевания, гистологического строения слизистой матки

(Гуревич и Куликовская), колебаний циркулирующего в кровяном русле и выделяющегося с мочей эстрогена. Использование метода ангиостомии, предложенного Лондоном, позволило М. В. Могилеву выяснить разницу между содержанием фолликулярного гормона в *v. ovarica* и в периферической крови. Проведенная им работа составила диссертацию на степень доктора медицинских наук.

В этиологии постклимактерических корпоральных маточных кровотечений, А. Э. Мандельштаму удалось выяснить значительный удельный вес доброкачественных новообразований, воспалительных и склеротических изменений слизистой оболочки и сосудов матки и влагалища, вопреки установившемуся взгляду на постклимактерические кровотечения, как обусловленные в подавляющем большинстве случаев злокачественными новообразованиями полового аппарата.

Им же впервые в СССР была описана клиническая картина гранулезо-клеточковой опухоли яичника и уточнена диагностика ее в постклимаксе. Гиперплазия слизистой оболочки матки без признаков злокачественного перерождения и некроза, обнаруженная у женщин в постклимаксе, сопровождающаяся кровотечением и выделением в моче фолликулярного гормона, позволяет сделать заключение о развитии гранулезо-клеточковой опухоли яичников (Мандельштам). Так же установлено работами А. Э. Мандельштама значение количественного определения гонадотропных гормонов в моче для установления диагноза и критерия излеченности хорион-эпителиомы. Этому вопросу им посвящена специальная монография («Хорион-эпителиома матки»).

Гистологическое исследование слизистой оболочки матки, позволяющее не только исключить злокачественные новообразования, но установить в большинстве случаев фазу менструального цикла и, следовательно, сделать ретроградное заключение о характере процессов созревания фолликулярного аппарата, вошло в постоянный обиход клинической диагностики. Гинекологическая клиника считает принципиально необходимым проведение пробного выскабливания с диагностической целью при каждом ациклическом кровотечении, как необходимую предпосылку перед назначением любого консервативного метода лечения, в том числе и лучистой энергии. С целью бесспорного исключения злокачественного новообразования показано полное удаление всей слизистой оболочки матки, чтобы не пропустить развивающегося в начале заболевания ракового поражения на ограниченном участке. Поэтому это «пробное» выскабливание производится кюреткой средних размеров, после расширения канала шейки до № 8—10, с обязательным удалением всей слизистой оболочки матки и обязательным направлением в гистологическую лабораторию всей массы удаленной ткани. Только проведение пробного выскабливания по указанной методике дает гарантию в отношении распознавания действительно начальных форм рака (Г. В. Шор). Тщательно произведенное выскабливание, в случае отсутствия злокачественного новообразования у женщин в возрасте, близком к климактерическому, дает терапевти-

ческий эффект в 78% (Марголина). В случаях рецидивов у женщин свыше 40—45 лет, при бесспорном исключении злокачественного новообразования, клиника считает показанным кастрацию лучистой энергией, со строгой, однако, индивидуализацией каждого отдельного случая и с учетом противопоказаний при гипертонии, выраженном ожирении, явлениях климактерического невроза, лабильности сердечно-сосудистой системы и т. п. Принцип каузальной «частной» терапии маточных кровотечений строго проводится в клинике. Вид терапевтического вмешательства определяется не симптомом кровотечения, а характером заболевания и получает поэтому освещение в пределах настоящего сборника, в разделе соответствующего системного заболевания.

В рамках настоящей статьи я позволю себе остановиться только на вопросах терапии ациклических кровотечений, суммировавшихся под диагнозом персистирующего фолликула.

В лечении и этого вида кровотечений сохранялся принцип индивидуализации и максимального проведения консервативно-сохраняющей терапии. Поэтому характер терапевтического вмешательства прежде всего определялся возрастом больной. В возрасте свыше 40 лет, после пробного выскабливания с целью исключения подозрения на злокачественный процесс в эндометрии и рецидивирующего упорного кровотечения, не поддававшегося медикаментозному и гормональному лечению, больные направлялись на кастрационную рентгенотерапию. В более молодом возрасте, в случаях упорных, рецидивирующих кровотечений, в 1926—1936 гг. относительно широко применялась двусторонняя биполярная резекция яичников (у 13 больных из числа 53 больных, прошедших через стационар с 1926 по 1932 г.). Двусторонняя биполярная резекция, предложенная Генкелем, преследовала задачу удаления периферических отделов яичника, с сохранением, однако, достаточного количества функционально способной ткани.

Однако значительный процент рецидивов (13% на нашем материале) заставил искать новые пути терапии. Клиническая картина заболевания, изменения в строении эндометрия скорее указывали на глубокие нарушения гормональной регуляции, поэтому клиника в настоящее время совершенно отошла от хирургического лечения, перейдя на гормональные методы лечения. Исходя из недостаточности лютеинизирующего гормона в развитии персистирующего фолликула, в клинике в 1934—1939 гг. применялось лечение этих видов кровотечений проланом, согласно выработанной методике, в достаточно высокой концентрации (Каплун, Гуревич). Однако недостаточная полноценность препарата, добываемого из мочи, отнюдь не идентичного гормону гипофиза, а также загрязненность его балластными белковыми веществами, вызывающими повышения температуры при внутривенном и внутримышечном его применении, заставила отойти от применения пролана, перейдя к лечению лютеогормоном или введению гормональных веществ в нативной форме, с кровью беременных для трансфузии была разработана методика применения крови

беременных женщин методом гемотерапии (Гуревич). Кровь в количестве 10,0—15,0 куб. см, взятая у здоровых беременных женщин, не страдавших туберкулезом, малярией, с обязательно предварительно проверенной реакцией Вассермана, вводилась больной внутримышечно.

Кровь может быть предохранена от свертывания прибавлением *N. citrici* в количестве 1—3%, без влияния на гормональную ее активность в тех случаях, когда немедленное введение крови невозможно. Число инъекций колеблется от 3 до 10. Промежуток между инъекциями не должен превышать 1—2 дней, чтобы создать необходимую концентрацию гормонов в организме. Согласно данным А. Н. Егорова, количество лютеинизирующего гормона в крови беременных женщин даже к концу беременности составляет 40.000—50.000 МЕ на 1 литр. Таким образом с 10—20 куб. см крови в организм больной вводится от 400 до 1000 МЕ гормона в его наиболее активной форме, в то время как пролан, добываемый из мочи, представляет собой несомненно вещество иной активности и иного действия.

Учение о витаминах нашло свое отражение в многочисленных экспериментальных работах, посвященных изучению состояния полового аппарата при различных авитаминозах (Подзоров, Куликовская, Вицкая, Яковлев, Дерчинский) и в ряде клинических исследований, связанных преимущественно с изучением роли витамина «С» в патогенезе и лечении кровотечений витамином «С» (Бакшт, М. В. Могилев, Деранкова, Яропольская).

Дальнейшие исследования в области клиники и патогенеза маточных кровотечений опровергли положение Шредера о персистировании фолликула, как о единственной причине кистовидной гиперплазии и связанных с ней ациклических кровотечений (Фейгель и Покровский). Изучение состояния сосудов слизистой оболочки при ациклических кровотечениях выявило значительные изменения их тонуса (Гуревич, Куликовская), что указывает на интимное участие вегетативной нервной системы. Возможность циклически протекающих кровоотделений при отсутствии лютеиновой фазы, так называемые ановуляторные менструации, заставляет нас пересмотреть вопрос о патогенезе маточных кровотечений и ставит перед клиникой задачу дальнейшего углубленного изучения этой патологии новыми, более совершенными, методами функциональной диагностики.

Клиника углубила и расширила изучение и других форм менструальных аномалий — гипо-олиго- и аменоррей (Гуревич, Мандельштам).

В основу изучения их был положен метод функциональной диагностики и комплексного исследования, позволяющий получить всестороннее представление о функциональной способности организма в целом. Начатое еще в период блокады изучение аменорреи военного времени в Ленинграде (Гуревич), выявившее ряд новых данных в клинике и патогенезе аменорреи, было затем продолжено в клинике разносторонним изучением больных, страдавших затяжной формой аменорреи, показавшем глубокие изменения разных систем органов.

Результаты этого исследования еще раз подчеркнули понятие о «целостности» организма женщины и представление о менструальной функции, как о функции организма в целом.

Зависимость нарушения менструальной функции как от различных экзогенных, так и эндогенных факторов, тщательно проанализирована Е. И. Гуревич в монографии об аменоррее, представляющей собой диссертацию, представленную для соискания ученой степени доктора медицинских наук.

Соответственно нашему пониманию клиники и этиологии аменорреи строилась и наша терапия этих заболеваний. При выборе методики лечения больных аменорреей мы исходили из многообразия этиопатогенетических факторов их развития, и никогда не рассматривали аменоррею, как заболевание только полового аппарата, расценивая ее скорее как проявление патологического состояния организма или как симптом различных заболеваний. Поэтому в терапии аменорреи мы не ограничивались только применением эстрогенных веществ, хотя бы и в высокой концентрации. Необходимо параллельное проведение и общей терапии и назначение соответствующего диетического режима, достаточное насыщение организма витаминами «А», «С» и «В». При учете регулирующей функции центральной нервной системы по отношению к вегетативным центрам промежуточного мозга, — большое значение приобретает для успеха любой терапии аменорреи установление соответствующего эмоционально-стенического состояния больной.

При назначении терапии учитывалось и состояние эндокринного аппарата в целом, и специфическая терапия эстрогенными веществами комбинировалась с применением других эндокринных препаратов. Из числа больных, страдавших аменорреей, у 56 проводилось систематическое применение тиреоидина. В случаях аменорреи, связанной с ожирением, при наличии хотя бы слабо выраженных симптомов гипотиреоза, назначалось также систематическое применение тиреоидина.

Основным принципом лечения аменорреи у нас является каузальная терапия, проводившаяся в тех случаях, где диагностика генеза аменорреи нами представлялась более или менее ясной. Стремясь купировать и самый симптом аменорреи, мы одновременно проводили и назначение эстрогенных веществ.

При выборе методики лечения наших больных аменорреей мы исходили из многообразных этио-патогенетических факторов ее развития и никогда не рассматривали аменоррею, как заболевание только полового аппарата. Поэтому наша терапия аменорреи строилась комплексно из обще-укрепляющего лечения, достаточного насыщения витаминами, специфической гормональной терапии.

Успешность лечения аменорреи зависит от качества и количества применяемых препаратов. Масляные растворы эстрогенных веществ, в частности, препарат бензоэль-фолликула в достаточной высокой концентрации от 500 МЕ до 5000 МЕ в 1 куб. см, оказался наиболее эффективным, что, возможно, объясняется наличием в этих препаратах фолликулярного гормона в наиболее активной его форме, в виде эстрадиоля. Введение эстрогенных препаратов в течение курса лече-

ния строилось по принципу имитации кривой колебания фолликулярного гормона в течение менструального цикла, т. е. с постепенным повышением насыщения к концу 2-й недели, затем некоторого уменьшения количества вводимых веществ в течение 3-й недели, с тем, чтобы в течение 4-й недели, увеличив количество вводимых препаратов, добиться предменструального повышения концентрации. Затем введение препарата обрывалось на 3—5 дней. Если в течение этого срока менструация не наступала, проводился повторный курс лечения. Но и в случае восстановления менструаций курс лечения обязательно повторялся один или даже несколько раз, в зависимости от тяжести случая, но с понижающимися постепенно количествами вводимых эстрогенных веществ (Гуревич). Общее количество вводимых веществ колеблется, в зависимости от характера препарата, в пределах от 450 МЕ до 150.000 МЕ на курс лечения. Можно считать, что количества в 250.000—300.000 МЕ, предложенные для лечения тяжелых форм кастрационной аменорреи (Кауфман, Клауберг, Бушбек), слишком велики для случая аменорреи средней тяжести, и, как показывают наши данные, удается добиться успеха и при применении значительно меньших количеств эстрогенных веществ.

Тяжелые явления климактерического невроза лечились введением 10% хлористого кальция, эстрогенными препаратами и облучением области диэнцефалона рентгеновскими лучами, дозой в $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{3}$ НЕД—2 сеанса, с промежутками в 3—5 дней. Из 49 больных, страдавших климактерическим неврозом в тяжелой форме, у 34 больных улучшение наступило вскоре после облучения, а спустя некоторое время еще у 8, т. е. всего у 42 больных (Попова-Дюмина «Клиника и терапия персистирующего фолликула»).

Новейшие достижения в учении о менструальной функции заставляют в настоящее время подойти к пересмотру вопроса о менструальных аномалиях. В противовес значению количества продуцируемых гормонов выдвигается на первый план значение «качественности» их, метаболизма половых гормонов, возможно, определяющих в основном гормональную их значимость. Роль медиаторов «в развязывании» гормонального эффекта в тканях, состояние тканей во многом определяют и степень гормональной «активности» органа. Сложность патогенеза аменорреи далеко еще не выяснена, трудности выявления ведущего звена в ее развитии еще велики. Клинические проявления различных менструальных аномалий столь многообразны, этиология и патогенез их так многогранны, что не всегда возможна и каузальная терапия.

Широкое развитие методов функциональной диагностики, проводимое в настоящее время в институте (проф. Мандельштам), давая возможность уловить динамику изменений как в половой сфере, так и вне ее в организме, позволит ближе подойти к окончательному решению поставленной перед клиникой задачи.

Проф. Э. М. КАПЛАН

Эволюционные пути хирургического лечения фибромиомы матки

Первые сообщения о лечении фибромиомы матки мы находим в отчете Гугенбергера (1845—1859 гг.).

За этот период времени в гинекологической клинике находились на излечении 31 больная.

Это был период времени, когда практическая медицина делала первые шаги в поисках разумного лечения фибромиом матки.

Хирургическое лечение, проводившееся тогда в клинике, состояло в удалении полипов на ножке после предварительной перевязки или в откручивании фиброидов матки.

Остальные случаи фибромиомы матки лечились фармакосредствами (иод, ртуть и др.), минеральными ваннами и пр.

В семидесятых годах прошлого века в институте широко применялся эрготин, как средство, вызывающее сокращение матки и сосудов. В отдельных случаях он оказывал благотворное влияние, уменьшая кровотечения, но при долгом его применении (до 100 впрыскиваний) развивался эрготинизм, вредно влиявший на мышцу сердца.

С успехом применялся и другой паллиативный метод — гальванизация по Apostol, — который в то время признавался ценным приобретением в гинекологии.

Миотомию путем чревосечения стали делать впервые в восьмидесятых годах прошлого столетия.

Первые миотомии давали очень большую смертность. Причинами были неумение бороться с кровотечением и инфекцией и слабая устойчивость организма больных, так как к операции приступали только при наличии жизненных показаний, когда больные бывали уже сильно истощены болезнью.

Для операции выбирались опухоли субсерозные, операции же вылу-

щения межзачаточных узлов, а тем более удаления тела матки, считались исключительно трудными, и их избегали. Чаще всего производилась надвлагалищная ампутация матки.

Культи шейки, при ампутации тела матки, выводилась внебрюшинно и вшивалась в брюшную стенку. На шейке оставлялся резиновый жгут с целью гемостаза, который в последующем, через 1—2 недели, отделялся самостоятельно. Заживление шло путем нагноения, рана инфицировалась, и больные нередко гибли от сепсиса.

С 1884 г. в клинике стали погружать культю в брюшную полость (Отт, «К вопросу о внутрибрюшинном способе лечения ножки при миотомии», «Врач», № 2, 1884 г.), и успех операции стал постепенно улучшаться, но процент смертности продолжал оставаться высоким.

Операции, сопровождавшиеся вскрытием брюшины, часто давали в последующем расхождение брюшного шва и развитие грыж белой линии.

Отт предложил новый способ зашивания брюшной стенки (отдельные этажи швов на мышцы, фасциально-мышечно-апоневротический шов), давший поразительные результаты, — развитие грыж брюшной стенки после операции стало редкостью.

Причины высокой смертности после операции ампутации тела матки Отт видел:

1. В септических процессах, развивающихся со стороны культи.

2. В сплошной перевязке массовой лигатурой шейки, что ведет к закрытию цервикального канала и задержке оттока из верхнего его отдела.

3. Во вторичных кровотечениях.

4. В большой травме, наносимой долго длящейся операцией.

Исходя из указанных предпосылок, Отт обратил внимание на антисептику, гемостаз и быстроту операции и предложил в 1894 г. свой способ операции ампутации тела матки по типу «овариотомии» (Отт, «О надвлагалищной ампутации фиброматозной матки по упрощенному способу», Труды V съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова).

1. С целью лучшего обеззараживания культи шейки он предложил острой ложечкой производить сначала выскабливание полости шейки и нижнего отрезка матки и промывание сулемовым раствором 1:2000, затем весь канал прижигать термокаутером. Влагалище тампонировалось иодоформенной марлей. После ампутации тела матки снова производилось прижигание цервикального канала и поверхности среза на шейке. Во избежание задержки секрета проводился марлевый фитиль через весь канал шейки сверху вниз во влагалище и удалялся на 4—5 день после операции.

2. Массовая лигатура на шейке была заменена двумя боковыми швами, которые накладывались снаружки от цервикального канала. При их завязывании сдавливалась почти вся ткань шейки, но цервикальный канал оставался проходимым.

По мере надобности накладывались еще два шва, спереди и сзади от цервикального канала.

Обшивание культи шейки брюшиной и закрытие цервикального канала О т т считал излишним.

3. Кроме указанных швов на шейке, гемостаз обеспечивался перевязкой широкой связки по отделам, вплоть до матки. Последним швом захватывалась и ткань матки, для лучшей перевязки веточек маточной артерии.

4. Указанной методикой, как считал О т т, упрощается техника операции, уменьшается ее длительность.

В первые годы своей деятельности О т т был поклонником операции ампутации тела матки и отдавал ей преимущество перед полной экстирпацией.

Преимущество он видел в простоте техники, меньшей продолжительности операции и в том, что отверстие, сообщающее брюшную полость с влагалищем, меньше, быстрее закрывается после операции, благодаря чему изолируется брюшная полость.

Вагинальные методы операции стали применяться в клинике с 1893 г..

Шагом вперед явилось предложение О т т а не ждать с операцией до полного развития симптомов, когда вмешательства часто являются слишком поздними и опасными, а приступать к операции в ранних стадиях, когда силы организма еще не истощены.

Он писал: «Не сомневаюсь также, что, расширяя показания к оперативному вмешательству и оперируя в ранних стадиях, так сказать, профилактически, при первых намеках на прогрессирование процесса, мы уже теперь вступаем на тот путь, который нам обеспечит не менее блестящие результаты, чем достигаем при удалении кист».

Когда в 1894 г. О т т выступил с этим предложением на Международном съезде врачей в Риме, большинство участников съезда высказалось против, оставаясь на старой позиции оперировать только при жизненных показаниях, но уже через 6 лет, на съезде врачей в Париже, идея О т т а восторжествовала и привлекла на его сторону большинство врачей.

Из хирургических методов в клинике применялись главным образом радикальные методы, направленные на удаление самой опухоли. Другие операции, так называемые некоренные, как перевязка сосудов, кастрация, выскабливание полости матки и другие, не нашли большого распространения.

Перевязка сосудов, основанная на уменьшении питания опухоли, не давала ожидаемых результатов.

Кастрация была произведена в клинике за период с 1887 по 1893 г. всего 7 раз, и была оставлена, как операция, не оправдывающая себя ни по своим результатам, ни по тому риску, которому подвергаются больные.

Выскабливание полости матки делалось редко, из-за опасности вскрытия капсулы опухоли, развития инфекции и т. д.

Некоренным операциям была посвящена большая диссертационная работа И. М. Как у ш к и н а «О хирургических способах лечения

фибромиом матки — способы некоренные», в которой автор освещает тщательно им собранный материал из мировой литературы.

К моменту празднования институтом своего столетнего юбилея (1897 г.) уже были выработаны строгие положения терапии фибромиомы матки, которые в общем сводились к следующему:

1. Прогрессирование симптомов, вызываемых фибромиомой, является показанием к радикальному лечению и оперативному удалению опухоли.

2. К операции приступать пораньше, на фибромиому по клиническому течению смотреть как на злокачественное новообразование, так как симптомы, вызываемые ею, хотя и не ведут непосредственно к смерти, но подрывают здоровье организма и сокращают продолжительность жизни.

3. Главный принцип в оперативных вмешательствах — возможный консерватизм как в отношении матки, так и в отношении яичников.

4. Влагалищное удаление фиброматозной матки, где таковое возможно, должно иметь преимущество перед остальными оперативными методами, сопряженными с чревосечением.

5. Надвлагалищную ампутацию матки следует считать более благоприятной, чем полное удаление матки путем чревосечения.

6. Паллиативные методы лечения фибромиомы матки, затягивая заболевание, способствуют развитию серьезных осложнений и ухудшают прогноз радикальной операции.

7. Там, где нельзя применить радикальное лечение, показано паллиативное лечение в виде гальванизации по Apostoli или перевязка сосудов.

Применение эрготина не рекомендовалось, из-за его отравляющего действия на организм — эрготинизма.

В 1902 г. Отт отказался от своего первоначального взгляда на преимущество ампутации тела матки и высказался в пользу экстирпации при чревосечениях.

В таблице 1 нами представлены соотношения частоты операции экстирпации и надвлагалищной ампутации тела матки в разные периоды.

Таблица 1

Соотношение операции надвлагалищной ампутации тела матки и экстирпации матки в клинике Отта в разные периоды времени

	С 1885 до 1892 г.	С 1893 до 1897 г.	С 1898 до 1902 г.	С 1903 до 1907 г.
Метод операции				
Надвлагалищная ампутация тела матки	72%	61,2%	30,2%	9,4%
Экстирпация матки	28%	38,8%	69,8%	90,6%

Из этой таблицы видно, что в период с 1885 до 1892 г. при абдоминальных операциях, когда не удавалось сохранить матку, преимущественно применялась надвлагалищная ампутация тела матки — в 72%, экстирпация матки делалась значительно реже — в 28%. С 1893 г. наступил перелом во взгляде на надвлагалищную ампутацию, и она начинает реже применяться, уступая место экстирпации матки, частота которой неуклонно росла, достигнув в периоде с 1903 по 1907 г. 90,6% к общему числу случаев удаления всей матки или тела ее, т. е. удаление всей матки производилось уже в 9 раз чаще удаления одного тела матки.

Надвлагалищная ампутация тела матки не столько вытеснялась в то время абдоминальной экстирпацией, сколько вагинальной. До 1892 г. производилась только надвлагалищная ампутация, а с 1892 г. начали делать вагинальную экстирпацию. Сначала к этой операции прибегали при фибромиоме небольших размеров, а затем, с развитием техники кускования, стали оперировать огромные опухоли, размером до пупка и выше. Уже через год эта операция приобрела права гражданства и в дальнейшем сделалась излюбленной операцией в институте.

Вагинальный путь в хирургическом лечении фибромиом матки (консервативные и радикальные операции) давал наиболее низкую смертность. Ампутация тела матки вагинальным путем тогда еще не производилась.

Интересно привести некоторые цифровые данные, относящиеся к 1892—1911 гг. (табл. 2):

Таблица 2

Фамилия автора	Годы	Абдоминальные методы		Вагинальные методы	
		Количество случаев	% смертности	Количество случаев	% смертности
Отт	1900	189	10,6	193	3,1
Кипарский	1911	347	8,93	657	2,2

В 1900 г., через 8 лет после введения операции вагинальной экстирпации матки, Отт констатировал, что смертность при вагинальных операциях составляет 3,1%, а при абдоминальных — 10,6%.

В 1911 году Кипарский опубликовал результаты хирургического лечения фибромиомы матки вагинальным и абдоминальным путем; вагинальный путь дал снижение смертности в 4 с лишним раза.

Причины столь благоприятных результатов от вагинальных операций объясняются тем, что вагинальные операции более бережны, при них в значительной мере уменьшаются такие существенные травмирую-

щие факторы, как охлаждение и высыхание брюшных внутренностей, раздражение значительных участков брюшины и кишечника руками оператора и ассистента. Уменьшаются условия для развития пареза кишечника и внесения инфекции в брюшную полость.

Как ближайшее, так и отдаленное послеоперационное течение протекает более гладко, и больные быстрее выздоравливают, легче диагностируется последовательное послеоперационное кровотечение, не образуются столь обширные сращения, какие наблюдаются нередко после чревосечения. Образование грыж после влагалищных операций встречается исключительно редко (из 438 больных, перенесших экстирпацию матки, у 3 наблюдалось выпадение стенок влагалища — Я к о б с о н).

К отрицательным сторонам влагалищных операций фибромиомы матки следует отнести:

1. Тесноту операционного поля и невозможность оперировать под контролем глаза;
2. Большую возможность случайного поражения мочевого пузыря, мочеточников, кишки;
3. Трудность гемостаза;
4. Меньшую возможность применения консервативного метода.

а) Теснота операционного поля с развитием техники все меньше затрудняла операцию. В этом отношении в клинике Отта достигли виртуозности. Влагалищным путем удалялись кускованием большие опухоли весом в 1500—3000 г, а в одном случае весом почти в 8 килограммов.

В случае надобности, для уменьшения тесноты операционного поля производилась перинеотомия, либо разрез по Ш у х а р д т у. Почти всю операцию удавалось производить под контролем зрения, особенно с введением влагалищных зеркал Отта, освещающих брюшную полость.

Наличие сращений, мягкость опухоли, как и множественность ее, не являлись противопоказанием к вагинальным операциям.

б) Случайные ранения соседних органов при вагинальных операциях встречались не чаще, а даже реже, нежели при абдоминальных операциях. Так, К и п а р с к и й на большом материале в 657 случаев вагинальных экстирпаций приводит только 2 случая ранения кишечника. в то время как на почти в 2 раза меньшем материале абдоминальных экстирпаций (347 случаев) встретилось 8 ранений соседних органов (3 ранения мочевого пузыря, 1 ранение мочеиспускательного канала, 4 ранения кишечника — 1 раз с последующим образованием фистулы).

- 3) Трудность кровоостанавливания после вагинальных операций.

После абдоминальных экстирпаций наблюдалось 2 случая последовательного внутрибрюшного кровотечения, от которого больные погибли, а после влагалищных экстирпаций ни одна больная не погибла; кровотечения хотя и бывали, но они легко останавливались.

При вагинальном методе диагностировать внутреннее кровотечение значительно легче.

При абдоминальном методе, когда брюшная полость закрывается наглухо, диагностика внутреннего кровотечения более трудна, и часто поздно решаются на операцию, почему и исход менее благоприятен.

Что касается частоты консервативных операций в клинике Отта, то она не уменьшилась в связи с широким применением вагинальных операций, что явствует из таблицы 3.

Таблица 3

		С 1885	С 1893	С 1898	С 1903	С 1908
		до 1892 г.	до 1897 г.	до 1902 г.	до 1907 г.	до 1912 г.
		% консер. опер.	% консерв. опер.	% консерв. опер.	% консерв. опер.	% консерв. опер.
Абдоминальные методы	Консервативная миомэктомия . . .	3	15	13	17	17
		12	20	14	17,7	13
	Радикальные операции . . .	25	75	93	96	131
Вагинальные методы	Консервативная миомэктомия . . .	—	—	18	20	12
			0	10,7	7,3	3,3
	Радикальные операции . . .	—	76	169	272	360
Всего . . .		12	20	24,7	25	16,3

Отт приходит к заключению, что в интересах больных вагинальный метод должен быть поставлен на первый план, и его применение является долгом всякого оперирующего гинеколога. И действительно, больше $\frac{2}{3}$ фибромиом матки оперировалось во времена работы Отта влагалищным путем.

Абдоминальный путь избирался, если оказывалась недоступной шейка или нижний сегмент, либо, если опухоль достигала колоссальных размеров (выше пупка).

Консервативная операция применялась в случаях, где узлы без труда могли бы быть удалены, и матка сохраняла свои физиологиче-

ские функции (надбрюшинный, подслизистый и одиночные межзачаточные узлы).

Показанием к операции служили:

1. Прогрессирующие кровопотери;
2. Быстрый рост опухоли;
3. Давление на соседние полые органы;
4. Боли;
5. Потеря или понижение трудоспособности;
6. Положение опухоли на границе возможности удаления ее влагалищным путем, если больная не могла оставаться под постоянным наблюдением врача-специалиста.

Что касается лечения фибромиом рентгенооблучением, то Отт воздерживался от его применения, хотя он считал преждевременным окончательно высказаться по этому вопросу, «тем более, что последнее слово далеко еще не сказано».

В 1923 г. Отт, рассматривая ретроспективно пройденный сорокалетний путь оперативного лечения фибромиомы матки в 2.000 случаев, указал, что смертность после операции ему удалось снизить с 24,4 до 4,3%.

Несомненно, результаты хирургического лечения фибромиомы матки для того времени были блестящие.

Отт высказался против надвлагалищной ампутации матки, после которой, по его наблюдениям, отмечается развитие экссудатов и выгнаивание швов, и не исключена возможность рецидива фиброзных узлов в оставленной шейке и необходимость повторной операции для их удаления.

Помимо указанных соображений, Отт считал, что после экстирпации матки обеспечивается свободный отток секрета через отверстие во влагалище и хороший капиллярный дренаж. Отт пришел к выводу, что «надвлагалищное иссечение принципиально должно быть отвергнуто при операции фибромиомы матки».

Влагалищный оперативный метод дал на его материале в 10 раз лучшие результаты, чем абдоминальный метод удаления фибромиомы матки, и он решительно отдал предпочтение влагалищному методу.

Он считал, что «операцию миомотомии можно считать достигшей возможного совершенства для того, чтобы невозможно было предполагать случайностей результата» и можно расширить показания к операции настолько, что должны отойти в область преданий «антигуманные и ненаучные приемы, как кастрация, производимая путем кровавым, равно как так называемая бескровная кастрация (при посредстве лучей Рентгена), перевязка проводящих сосудов и т. п.».

Однако, если проанализировать результаты оперативных вмешательств вагинальным и абдоминальным путем, то следует признать, что исключительно хорошие результаты получены при применении вагинальных операций (смертность 1,2%) и значительно худшие результаты — при абдоминальных операциях — 6,1% (табл. 4).

Таблица 4

Операции по поводу фибромиомы		Количество операций	Количество смертных случаев	То же в %
Абдоминальный метод	Миомэктомия (консерват.)	99	6	6,06
	Ампутация тела матки	149	10	6,7
	Экстирпация матки	375	22	5,8
	Всего	623	38	6,1
Вагинальный метод	Миомэктомия (консерват.)	62	1	1,6
	Экстирпация матки	1218	14	1,1
	Всего	1280	15	1,2

В 1924 г. была опубликована работа по вопросу «Фибромиома и беременность» доктора Поволоцкой-Введенской. Она пришла к заключению, что оперативное вмешательство должно производиться по строго обоснованным показаниям.

К каждому случаю нужно подходить индивидуально. Операцией выбора является консервативная миомэктомия.

В случаях больших опухолей и у пожилых женщин показано удаление матки.

Выжидательный метод наиболее рационален и дает хорошие результаты для матери и плода.

С 1926 г. вступил в заведывание гинекологической клиникой проф. Р. В. Кипарский. Эволюция в лечении фибромиомы матки за эти годы выразилась в следующем:

1. Консервативное направление получило более широкое развитие.
2. Была введена рентгенотерапия.
3. Абдоминальные пути хирургического лечения заняли доминирующее место.
4. Сфера применения вагинальных операций значительно сузилась.
5. Улучшено качество перитонизации культей и раневых поверхностей, зашивания ложа после миомэктомий.

Консервативное направление в ведении больных с фибромиомой матки расширилось. В периоде заведывания клиникой Оттом частота оперативных вмешательств составляла 93,7%, у Кипарского —

62%. Кроме того, частота консервативных операций миомэктомии увеличилась с 17,5 до 25% случаев.

В отдельных случаях, у молодых женщин, желающих беременеть, шире производились консервативные операции при множественной фибромоме (вылущалось до 8—10 узлов).

Сохранение матки себя оправдывало, так как в 30% случаев у молодых женщин, страдающих первичным бесплодием, после операции наступила беременность (Мандельштам).

Рентгенотерапия применялась у женщин с кровотечением в возрасте свыше 40 лет, всего в 8% всех случаев фибромиомы матки.

Благодаря дальнейшим усовершенствованиям техники абдоминальных операций, с улучшением перитонизации культей и раневых поверхностей за счет *plicae vesico-uterinae*, *plicae vesico-parietalis*, *lig. teres uteri*, улучшением гемостаза, тщательным зашиванием ложа после вылушения узлов и пр., результаты абдоминальных операций стали значительно более благоприятными, смертность упала до 2% (Мандельштам), вместо 6,1% на материале проф. Отта.

Кипарский пересмотрел вопрос выбора операции полного удаления матки или надвлагалищной ампутации тела матки и, в противовес Отту, склонился к сохранению шейки матки там, где это возможно по состоянию шейки (отсутствие надрывов, эндоцервицита и пр.). Экстирпацию матки он считал показанной:

1. При воспалениях шейки (эрозия, цервицит) и глубоких надрывах после родов.
2. При фиксации шейки перипараметрическими спайками, которые вызывают боли (но не при наличии заднего параметрита)
3. При одновременном расположении миомы в шейке и в теле матки.
4. При вторичных изменениях в опухоли (нагноение, некроз, злокачественное перерождение и др.).
5. При воспалительных заболеваниях тазовых органов (особенно в случаях, когда нужно дренировать через влагалище) или злокачественных новообразованиях придатков.

Во всех остальных случаях производилась надвлагалищная ампутация матки. Она производилась в два раза чаще операции экстирпации матки; частота послеоперационных осложнений и смертности оказалась ниже (табл. 5).

Таблица 5

Операции	Количество	% осложнений	% смертности
Надвлагалищная ампутация	478	22	1,25
Экстирпация	227	25	2,2

Так, процент осложнений после абдоминальной экстирпации матки составлял, по данным Мандельштама, 25, смертность 2,2%; после надвлагалищной ампутации. осложнения встретились в 22%, смертность 1,25%.

У Отта процент смертности после абдоминальной экстирпации равен 5,8, после надвлагалищной ампутации — 6,7.

Операция ампутации тела матки снова воскресла для клиники и стала применяться в тех случаях, где не удавалось сохранить тело матки (множественность узлов).

4. Теснота операционного поля при вагинальном методе операции фибромиомы матки, частая необходимость применения кускования опухоли, желание оперировать максимально консервативно склонили проф. Кипарского сузить рамки применения вагинальных операций, оставляя за вагинальным методом те случаи, где величина опухоли не велика (не превышает 3-месячную беременность), где нет обширных сращений, а также случаи, где имеются субмукозные узлы.

Метод кускования опухолей постепенно сходил со сцены.

Частота применения вагинальных операций снижалась, достигнув в 1928 г. — 22,7% (Мандельштам) и в 1934 г. — 14,5% (Подзоров и Шуссер).

При вагинальных операциях, где по техническим условиям нельзя было ограничиться консервативной миомэктомией и приходилось идти на удаление матки, производилась надвлагалищная ампутация матки по способу Riesk'a. Эта операция в клинике впервые стала применяться проф. Кипарским.

В 1934 г. была опубликована статья Подзорова и Шуссера, в которой приводятся 529 случаев операций по поводу фибромиомы матки, со смертностью в 1,32% случаев. Процент осложнений после консервативных операций достиг более низких цифр, нежели после ампутации или экстирпации матки. Восстановление трудоспособности после консервативных операций также шло быстрее.

Подводя итоги оперативного лечения фибромиомы матки в гинекологической клинике проф. Кипарского (табл. 6) можно констатировать, что произошел большой сдвиг в сторону уменьшения смертности после абдоминальных операций, которая снизилась до 1,7% вместо 6,1% во времена Отта, т. е. результаты оказались благоприятнее в 3½ раза.

Еще больше снизилась смертность при операциях ампутации тела матки, достигнув небывало малой цифры для того времени — 1,25%.

Результаты этой операции оказались лучше результатов экстирпации матки, и она стала доминирующей операцией в тех случаях, где показано удаление матки.

Абдоминальные операции по своим результатам почти перестали уступать вагинальным, и к последним стали прибегать только в более легких, подвижных случаях и при субмукозных узлах.

При выборе метода операции наметились строгие показания к тому или иному методу и пути операции.

Таблица 6

Операции по поводу фибромиомы матки		% смертности в клинике проф. Отта	% смертности в клинике проф. Кипарского	Примечание
Абдоминальный метод	Миомэктомия	6,06	2,2	
	Ампутация тела матки	6,7	1,25	
	Экстирпация матки	5,7	2,2	
Общая смертность		6,1	1,7	
Вагинальный метод	Консервативная миомэктомия	1,6	3,6	(на 28 случ. 1 смерть)
	Экстирпация матки	1,1	0,97	
	Ампутация тела матки	—	0	(всего 30 случаев)
Общая смертность		1,2	1,2	

В 1934 г. гинекологической клиникой стал заведывать и заведует по сие время профессор М а н д е л ь ш т а м. Показания к хирургическому лечению фибромиомы матки еще больше сузились. Больные с бессимптомной миомой (отсутствие кровотечений, болей, быстрого роста и пр.) величиной до 5-месячной беременности, в возрасте, близком к 40 годам и старше, не лечатся, а остаются под амбулаторным наблюдением.

Увеличился процент больных с фибромиомой матки, у которых применяется рентгенотерапия (кастрационная доза лучей Р е н т г е н а для больных в возрасте свыше 40 лет).

Стало учитываться также состояние нервной системы: лабильность нервной системы является противопоказанием к рентгенотерапии, ввиду частого развития тяжелого климактерического невроза.

При миокардите, недостаточности сердечно-сосудистой системы, туберкулезе легких, хроническом нефрите, сахарной болезни, Базедовой болезни и др. — отдается преимущество рентгенотерапии.

Широко стала применяться аутомамминизация грудных желез (диатермией, грязевыми аппликациями и пр.) для лечения кровотечений при фибромиоме матки. Сущность действия аутомамминизации изучалась в эксперименте и в клинике (старший научный сотрудник Ш у с с е р). Установлено, что при аутомамминизации вырабатываются вещества, вызывающие сужение сосудов матки.

При хирургическом лечении фибромиомы матки у женщин чадо-

родного возраста проводится принцип максимального сохранения матки и яичников.

Выдвинуто новое положение: проявлять к эндометрию такое же бережное отношение, как и к яичнику, и сохранять его при удалении тела матки путем трансплантации в цервикальный канал.

Эта актуальная операция произведена впервые в СССР в клинике проф. Мандельштама. Была разработана методика трансплантации эндометрия, выработаны показания и противопоказания к ее применению (Каплун, Журнал «Советская медицина», 1936 г., и «Акушерство и гинекология», 1939 г.).

Значение эндометрия для правильной функции яичников изучалось в эксперименте сотрудниками клиники (Каплун, Шуссер, Болгова).

Клиника произвела в 80 случаях ауто трансплантацию эндометрия после ампутации тела матки, и в 95% случаев получился благоприятный эффект в смысле сохранения у больных менструального цикла в течение нескольких лет (имеются наблюдения до 8 лет) и отсутствия явлений выпадений у большинства больных (Мандельштам — доклад на заседании Акушерско-гинекологического общества, 1945 г.).

Таким образом, клинические данные показали, что оставлением части эндометрия после удаления тела матки удается на несколько лет сохранить нормальную функцию яичников и что эндометрий необходим для нормальной функции яичников.

Операция ауто трансплантации эндометрия производилась по видоизмененной методике Франка и Крауля, путем пересадки лоскута на ножке.

Приводим эту методику:

Полуциркулярным разрезом вскрывалась шейка сзади, на высоте внутреннего зева, и для большего доступа производился линейный срединный разрез по всей длине задней стенки матки и два боковых, в сторону трубных углов.

Пулевыми щипцами захватывались края раны, и из передней стенки матки выкраивался прямоугольный лоскут эндометрия вместе с тонкой пластинкой мышечного слоя размером в 2×1 см.

Взятие мышечной пластинки значительно упрощает технику пересадки, дает возможность не травмировать эндометрия, легко рвущегося при пересадке; в то же время мышечная пластинка улучшает результат пересадки. Учитывая хорошую васкуляризацию шейки матки, можно быть уверенным в достаточном питании трансплантата.

Как только высепаивался трансплантат, ампутировалось тело матки на высоте внутреннего зева.

Вторым этапом операции являлась подготовка ложа в задней стенке шейки матки для пересадки трансплантата. Цервикальный канал растягивался раздвинутыми браншами зажима Кохера, и производились боковые надрезы изнутри кнаружи, чем достигался вполне достаточный доступ к цервикальному каналу. Из задней стенки шейки иссекался участок эндометрия с мышечным слоем в виде прямоугольника, величиной несколько меньше трансплантата. На верхний конец трансплантата накладывался кетгутовый шов, который завязывался узлом, и концы ниток с помощью иглы проводились через нижний край освеженного участка шейки, из канала кнаружи. При завязывании концов этих ниток на наружной поверхности задней стенки шейки втягивался внутрь трансплантат и хорошо прилаживался к освеженной поверхности.

Кроме того, одним-двумя дополнительными швами подхватывался другой конец трансплантата и пришивался к шейке. Культи шейки зашивалась, как обычно, кетгутовыми швами и перитонизировалась. Задняя стенка шейки избиралась для того, чтобы получить трансплантат большей величины и низко фиксировать его к шейке; при фиксации к передней стенке для этой цели потребовалось бы произвести значительную отслойку мочевого пузыря.

Показания и противопоказания к операции аутопересадки эндометрия

Показаниями для аутотрансплантации эндометрия служат: 1) возраст до 45 лет; 2) случаи миомы матки, когда показана ампутация тела матки; 3) случаи с маточными кровотечениями, на почве персистенции фолликулов, когда лекарственными и физио-терапевтическими средствами не удается добиться улучшения и приходится прибегать к эстирпации матки; 4) случаи эндометриодной гетеротопии матки, при которых ввиду резких болей и кровотечений показано удаление тела матки; 5) старые воспалительные процессы матки (периметрит) или придатков, когда по ходу операции приходится удалять тело матки.

Противопоказаниями к операции аутопересадки служат: 1) подострые воспалительные или гнойные заболевания в придатках и в матке; 2) полипозные разрастания эндометрия; 3) атрофия слизистой эндометрия; 4) катаральный эндоцервицит; 5) эрозии шейки; 6) далеко зашедшие формы наружного аденомиоза.

Проф. Мандельштам считает излишней фиксацию трансплантата к освеженной слизистой шейки, поскольку он и без того сильно прижимается к ней при зашивании культи шейки, и в большинстве случаев ее не производит.

Количество вагинальных операций при фибромиоме матки за последние 10 лет еще больше уменьшилось, достигнув всего 5% всех оперативных вмешательств.

В клинике впервые стала применяться проф. Мандельштамом аутотрансплантация эндометрия при вагинальной ампутации тела матки по Рику.

Выдвинут принцип разумного консерватизма при фибромиоме и беременности.

Л. Н. Гранат в диссертации («Фибромиома и беременность», 1946 г.) на основе анализа большого материала в 224 случаях приходит к заключению, что выкидыш при фибромиоме и беременности происходит не чаще, чем обычно, и беременность в большинстве случаев протекает без особых осложнений.

Ведение беременности в неосложненных случаях должно сводиться к наблюдению за больной.

В отдельных случаях, когда крупные узлы (главным образом, шеечные и интрамуральные) могут создать препятствия в родах, во время беременности показана операция консервативного вылушения узлов, которая обеспечивает в 92% случаев дальнейшее благоприятное течение беременности, родов и послеродового периода. В родах, когда узлы являются механическим препятствием (2,4%), производилось ке-

сарское сечение и удаление узлов. У пожилых женщин, близких к климактерическому периоду, показания к радикальным операциям расширялись.

Влагалищные родоразрешающие операции он считает опасными как для матери, так и для плода.

Радикальные операции производились при некрозе и нагноении узлов в послеродовом периоде, невзирая на возраст родильницы.

Проф. М а н д е л ь ш т а м, подытоживая результаты своего многолетнего опыта, выдвинул следующие положения:

1. Бессимптомные миомы величиной до 5-месячной беременности должны вестись наблюдательно и должны оставаться под амбулаторным наблюдением.

2. Рентгенотерапия и оперативное лечение не являются конкурирующими методами, а дополняют друг друга. У женщин до 40 лет желательно оперативное лечение.

3. Показания к той или иной операции (абдоминальным или вагинальным путем) должны ставиться избирательно, в зависимости от индивидуальных условий в том или ином случае. Консервативная миомэктомия у молодых женщин должна иметь преимущество.

4. В случаях, когда консервативная миомэктомия не может быть произведена (множественность узлов), следует делать надвлагалищную ампутацию матки, если нет противопоказаний со стороны шейки.

5. Показания к операции полного удаления матки должны быть сильно ограничены. Оно должно производиться только при наличии упорных эндоцервицитов, низкого расположения узлов, воспалительного процесса в тазовых органах и злокачественных новообразований в матке или придатках.

6. При хорошей подвижности матки, небольшой величине ее (до размеров мужского кулака) и отсутствии воспалительного процесса в придатках, параметрии и пр. предпочтителен вагинальный путь.

7. К эндометрию следует проявлять во время операции такое же консервативное отношение, как к яичнику, всегда стремиться делать аутотрансплантацию эндометрия в цервикальный канал, при удалении тела матки (абдоминальным или вагинальным путем).

8. Смертность и осложнения после всех видов операции по поводу фибромиом матки почти одинаковы.

9. Ослабленные длительным кровотечением больные, с гемоглобином ниже 30%, должны предварительно подготавливаться к операции с помощью трансфузии крови. Желательно таким больным производить трансфузию крови до и сейчас же после операции.

10. Больные с тяжелыми осложнениями со стороны сердца (декомпенсированные пороки), легких (туберкулез) и почек (нефрит, нефрозо-нефрит) не должны оперироваться, а подвергаться рентгенокастрации, постоянной или временной.

Результаты хирургического лечения фибромиомы матки в клинике проф. М а н д е л ь ш т а м а выразились в следующем.

На 873 случая общая смертность составляет 0,8%.

Смертность от абдоминальной полной экстирпации матки оказалась почти такой же низкой, как при операции ампутации тела матки (0,6% против 0,7%); несколько выше она оказалась при консервативной миомэктомии — 1,3%. Результаты эти говорят сами за себя.

Резюмируя все сказанное, мы вправе отметить следующее:

1. Гинекологическая клиника института проделала большую научно-исследовательскую работу по развитию и усовершенствованию оперативного лечения фибромиом матки, оказав большое влияние на прогресс не только в нашем отечестве, но и за рубежом.

2. Призыв Отта — приступать к операции при прогрессировании симптомов возможно рано, не дожидаясь появления жизненных показаний, когда организм ослаблен и уже не выносит оперативной травмы, получил общее признание.

3. Отт блестяще развил технику вагинального удаления фибромиомы матки и достиг небывалого для того времени низкого процента смертности после указанных операций (6,2%).

4. Весьма существенных для своего времени, хотя меньших успехов добился Отт в снижении смертности после абдоминальных операций удаления фибромиомы матки (1,1%).

Эту задачу в послеоктябрьский период взяли на себя проф. Кипарский и проф. Мандельштам, которые дальнейшим усовершенствованием техники операции, улучшением перитонизации культи, тщательным зашиванием ложа после консервативной миомэктомии, предоперационной подготовкой ослабленных больных (трансфузией крови, дачей сердечных средств и пр.) снизили смертность после абдоминальных операций до весьма низких цифр, равным цифрам смертности после вагинальных операций (ниже 1%).

5. Получение одних и тех же результатов от применения абдоминальных и вагинальных операций при фибромиомах матки побудили Кипарского и Мандельштама ограничить круг применения влагалищных операций и сохранить их только для случаев с подвижной маткой и небольших ее размеров (до мужского кулака), а также для ретроцервикальных узлов и для рождающихся субмукозных фиброидов.

6. Основным принципом в хирургическом лечении фибромиомы матки является сохранение матки и яичников, где только это возможно. Проф. Мандельштам ввел этот же принцип и в отношении эндометрия для тех случаев, когда необходимо удаление тела матки.

Ст. научн. сопр. Д. А. РЕШЕТОВА

Предоперационная подготовка

В 1844 г. при Повивальном институте был впервые организован лазарет на 6 кроватей, предназначенный для лечения заболеваний половой сферы.

Оперативное лечение в Повивальном институте долгое время не проводилось, и, несмотря на то, что 12% общего числа стационарированных составляли больные с новообразованиями, они выписывались неоперированными; производились лишь мелкие операции на шейке матки.

Оперативная деятельность гинекологического отделения началась с 1887 г., когда руководство институтом возглавил И. Ф. Баландин — хороший организатор и врач, который, осознав необходимость оказания больным надлежащей оперативной помощи, приступил к устройству двух операционных комнат, предназначенных для чревосечений.

Несмотря на критику, которой подверглись идеи Земмельвейса со стороны акушеров того времени, И. Ф. Баландин выступил решительно за введение в практику принципов антисептики в акушерстве и гинекологии. Из литературы того времени мы видим борьбу, которая шла против методов работы, которые насаждал Баландин.

В 1887 г. из 87 больных 34 подвергалось оперативному лечению, из них 7-лапаротомии.

Из отчета д-ра Виридарского о работе гинекологического отделения видно, что из 10 больных, подвергшихся операции, 4 погибли.

Блестящие результаты, достигнутые Баландиным в санитарном состоянии родильного и послеродового отделения, омрачались там, где вопрос касался применения оперативного лечения.

Большой процент смертности от септических заболеваний после операций (по отчету д-ра Виридарского) показывает, что не

только вопросы техники, но и вопросы асептики (стерилизация материала текучим паром) в этот период времени не стояли в клинике на достаточной высоте.

Оперативная деятельность получила широкое развитие с момента прихода на должность директора института проф. Д. О. Отта.

Проф. Д. О. Отт, талантливый русский гинеколог, уделял большое внимание вопросу подготовки больных и в первую очередь вопросам асептической обстановки операции.

Отдавая преимущество влагалищному методу операций, Д. О. Отт и его ученики посвятили большое количество работ бактериологии полового канала женщины.

Первая печатная работа профессора Д. О. Отта «О значении так называемых послеродовых очищений при применении противогнилостных мер акушерства» вышла в 1886 г. и была посвящена изучению бактериальной флоры влагалища и матки.

В дальнейшем работа В. В. Строганова «Бактериологические исследования полового канала женщины в различные периоды ее жизни», напечатанная в 1893 г., а также его работа «К вопросу об асептическом методе при операциях», относящаяся к 1894 г., показывают, что принципы, положенные в основу предоперационной подготовки в этот период деятельности института, покоились на глубоком научном изучении бактериальной флоры оперативного поля и воздействия на нее различных антисептических средств, а также создании асептической обстановки при операциях.

Придавая большое значение вопросу асептики и личной гигиены персонала, профессор Д. О. Отт выработал специальные правила подготовки персонала перед операцией.

Утром персонал, принимающий участие в операции, принимал общую ванну или душ, переодевался в чистое белье и одежду. Обращалось особое внимание на подготовку рук оператора и ассистента, на состояние ногтей и подногтевых пространств.

Руки мылись до локтя 2 щетками в горячей проточной воде в течение 10 минут. После протирания рук сухим стерильным полотенцем руки мылись спиртом и обильно орошались сулемой в растворе 1:2000. Лица участников операции также обтирались раствором сулемы 1:2000. Во время операции руки оператора и ассистента неоднократно обмывались физиологическим раствором, для чего рядом с операционным столом стояли тазы с раствором.

Проф. Отт обращал большое внимание на то, чтобы в операции участвовало небольшое количество лиц и количество ассистентов не превышало 1—2 человек.

Не менее важное значение проф. Отт придавал обстановке операционной комнаты.

Проф. Отт считал, что каждую комнату, имеющую достаточно света и воздуха, можно сделать операционной, но при этом необходимо, чтобы, кроме обычной очистки помещения, было применено осаждение пылевых частиц, находящихся в воздухе.

С этой целью в клинике накануне операции потолок, стены и пол

операционной комнаты обтирались влажными полотенцами, смоченными в растворе сулемы (1:2000); за час до операции воздух операционной увлажнялся при помощи распылителя горячим паром.

Большой интерес представляет тщательность, даже педантичность в подготовке больных к предстоящей операции.

В отчете о деятельности гинекологического отделения за 1893—1897 гг. приводится следующее описание предоперационной подготовки больных, применяемой в этот период времени:

«За день до операции очищался кишечник, для чего больная получала *ol. ricini* 15—20 г или *Et. fl. cascarae sagradae*. Для дезинфекции кишечника давался внутрь *bismuthum salicylic.*

Вечером накануне операции больная принимала ванну.

Если предстояло чревосечение или полное удаление матки через влагалище, то на живот клался компресс из 2% карболовой кислоты.

Утром в день операции больной ставили одну или несколько клизм до полного очищения кишечника.

Накануне операции волосы на лобке сбривались; если предстояло чревосечение, то сбривались волосы и на животе; половые части, брюшная стенка и бедра тщательно мылись мылом. Если предстояло чревосечение, то влагалище тампонировалось иодоформенной марлей.

Приготовленная таким образом больная к 10 часам утра приносилась в комнату, соседнюю с операционной, где ей надевали стерильное белье.

Больная, у которой должна была быть произведена операция через влагалище, укладывалась на обыкновенный стол в спинно-крестцовом положении, в котором она удерживалась с помощью ногодержателя. модифицированного проф. Оттом. На живот клалось стерильное полотенце, под ягодицы больной на краю стола подвешивалось смоченное в растворе сулемы полотенце.

Всякая операция начиналась с самой тщательной дезинфекции наружных половых органов и влагалища.

Дезинфекция состояла в следующем: сначала продолжительно мылись щеткой наружные половые части, промежность, бедра и ягодицы, затем 2 пальцами или полуружкой обрабатывалось влагалище мылом и раствором сулемы 1:2000.

После этого тампоном, смоченным 95° спиртом, вытирались наружные половые органы, бедра, промежность и, наконец, все эти части обмывались сулемой.

Катетром выпускалась моча.

Больным, которым нужно было произвести чревосечение, на операционном столе брюшная стенка и бедра продолжительное время мылись щеткой с мыльной водой, затем тщательно вытирались шариками, обильно смоченными в спирте, причем особенное внимание уделялось пупку. Для того чтобы жидкость не затекала под спину больной, по обе стороны ее подкладывались стерильные полотенца.

По окончании дезинфекции больная обкладывалась стерильными полотенцами, а чтобы последние не соскальзывали — поверх их клались полотенца, смоченные в растворе сулемы».

Из приведенного описания видно, с какой тщательностью, продуманностью каждого шага проводилась предоперационная подготовка больных.

Из отчета доктора Серезникова, касающегося более позднего периода времени (1904—1907), видно, что в дальнейшем были внесены следующие изменения в предоперационную подготовку больных: желудочно-кишечный тракт очищался исподволь путем назначения в течение нескольких дней легких растительных слабительных средств. В течение 1—2 дней перед операцией больные получали жидкую пищу, в день операции полностью воздерживались от пищи.

Получив прекрасную подготовку, хорошо знакомый с основами бактериологии, Д. О. Отт вел неустанные наблюдения над применением рациональных способов обработки операционного поля, рук участвующих в операции, операционной комнаты.

На его исследованиях о состоянии бактериальной флоры при раке шейки матки и по настоящее время зиждутся методы подготовки заведомо инфицированных больных и обработки язв, применяемые в клинике оперативной гинекологии.

Д. О. Отт считал, что в вопросе снижения послеоперационной смертности по поводу рака шейки матки на первом месте стоит вопрос о надежной дезинфекции операционного поля.

Перед операцией больные раком шейки матки брались на стол и, после обнажения зеркалами и фиксации шейки пулевыми щипцами, раковая язва подвергалась систематическому и энергичному соскабливанию. Такое соскабливание чередовалось с орошением раствором сулемы (1:2000). После окончания соскабливания и высушивания марлевыми шариками все участки язвы последовательно прижигались термокау-тером.

Описанный способ дезинфекции, как показали предпринятые бактериологические исследования (Поволоцкая - Введенская), в незначительном числе случаев давал стерильный посев из влагилица.

Научный подход к вопросу подготовки к операции, систематичность в обработке операционного поля дали блестящие результаты после операции. Послеоперационная смертность, обусловленная инфекцией, была снижена почти до 0 (снижение смертности при миоматомиях с 8—5% до 1,0—0,5%, при влагилицной экстирпации пораженной раком матки — до 1,7%).

Эволюция в вопросе предоперационной подготовки шла параллельно тем научным изысканиям, которые проводились в клинике в последующие годы с целью выявления бактерицидности тех или иных средств в условиях влагилицной среды, воздействия тех или иных средств на флору кожных покровов операционного поля и рук оператора.

В период 1910—1920 гг. был разработан ряд научных тем клинико-бактериологического характера, посвященных методике дезинфекции рук, вопросам асептики и антисептики в гинекологии и акушерстве. Сюда относятся: работа проф. Бубличенко Л. И. «О дезинфекции кожи иодом», работа Синицкого А. А. «Стерилизация рук и резиновых перчаток», большая монографическая работа

Поволоцкой-Введенской Е. Г. «К вопросу об асептике и антисептике».

В последней работе автор поставила себе основную цель установить — возможна ли и в какой мере достижима асептика при влагалищных операциях, и выяснить вопрос об эффективности употребляемого в клинике способа подготовки влагалища к операции.

На основании проведения планомерных бактериологических исследований полового канала женщин во время операции, автор пришла к выводу, что непосредственный результат дезинфекции влагалища — стерильность его в 92,5%; в 63,29% операции при влагалищном методе до конца проходят в асептических условиях.

В этой работе дано научное обоснование необходимости тщательной дезинфекции влагалища перед операцией. Исследования Поволоцкой-Введенской показали, что проводимая предоперационная подготовка снижает в значительной степени смертность от инфекции.

Огромные сдвиги, происходящие в изучении патологических процессов в связи с развитием биохимии и биологии, отразились на вопросе методов подготовки больных к операциям.

Появились работы А. А. Смородинцева и Котт по вопросу о биологии влагалищной палочки, антагонизме и симбиозе микробов в человеческом влагалище.

В этих работах обосновывался механизм самоочищения влагалища, изучалось влияние биологических факторов на изменение влагалищной флоры.

Было предложено (Смородинцев и Туманов) для биологической дезинфекции влагалища применять культуру влагалищной палочки на оптимальных питательных средах, так называемый «вагозан».

Вагозан, применяемый авторами при влагалищных операциях, давал в 60% случаев стерильные посевы при операциях.

После смерти проф. Д. О. Отта руководство клиникой возглавил проф. Р. В. Кипарский.

Подготовка к операции в клинике проф. Кипарского мало отличалась от подготовки, проводимой в клинике проф. Отта.

При подготовке операционного поля обращалось большое внимание на дезинфекцию области пупка.

Подготовка больной проводилась, как правило, в резиновых перчатках.

Брюшная стенка на операционном столе протиралась спиртом и бензином, Т-га jodі смазывалась лишь область пупка. Бритье волос на половых частях стало производиться, как правило, утром в день операции.

Все операции проводились в масках и резиновых перчатках.

Неудовлетворенность в смысле режима питания больной перед операцией, осложнения со стороны кишечника в виде вздутия его в первые дни после операции, как это видно из работы Е. С. Тумановой,

заставили клинику посвятить ряд работ вопросу изучения биохимических процессов, происходящих в организме в связи с операцией.

В 1929 г. вышла работа доктора Могилева, в которой автор освещает значение рационального питания перед операцией и вред голодания, выражающийся в появлении ацидоза (кетонурия).

Работа более позднего времени Е. И. Гуревич и А. А. Шаталовой «Резервная щелочность крови в послеоперационном периоде у гинекологических больных» показала, что состояние послеоперационного ацидоза настоятельно требует крайне бережного отношения к имеющемуся запасному фонду углеводов и жиров.

В свете указанных работ в институте отошли от дачи сильных слабительных и установили в предоперационном периоде специальную диету, в которую входят углеводы, как то: варенье, мед, конфеты, шоколад.

Накануне операции больная получает обычную питательную и легкую пищу; избегаются только те вещества, которые вызывают брожение: черный хлеб, капуста, картошка.

Проводя в клинике оперативной гинекологии и в настоящее время подготовку к операциям, введенную проф. Д. О. Оттом и проф. Р. В. Кипарским, проф. А. Э. Мандельштам ввел перед операцией тщательное клиническое обследование больных.

Обращается особое внимание на обследование полости рта, носоглотки, производится обязательно рентгеноскопия органов грудной клетки, а также обследование состояния внутренних органов специалистом-терапевтом. Для снижения количества послеоперационных пневмоний перед операцией, чтобы избежать охлаждения, больным надевают в зимнее время специально приготовленные стерильные ватные кофточки, а на ноги стеганые ватные «сапожки»; за $1/2$ часа до операции вводят Sol. atropini (1:1000) 1 куб. см под кожу. У ослабленных больных с малым содержанием гемоглобина перед операцией проводится повторное переливание крови, глюкозы, респ. глюкозы с инсулином, вводятся сердечные.

Наблюдения, проведенные в течение ряда лет проф. А. Э. Мандельштамом и его сотрудниками, показали нецелесообразность накладывания на живот компресса с сулемой или 2% раствором карболовой кислоты, так как это дает мацерацию кожи и подчас препятствует хорошему заживлению раны, а также мытья операционного поля щеткой с мылом и сбривания волос с лобка за день до операции.

В руководимой им клинике были внесены изменения в предоперационную подготовку: сбривание волос с лобка, мытье операционного поля щеткой стало проводиться непосредственно перед операцией. Компресс из 2% раствора карболовой кислоты или сулемы перестал употребляться. Больные получали ванну накануне операции. Брюшную стенку перестали мыть щеткой с мылом на операционном столе и стали обрабатывать бензином, спиртом и T-га jodі.

При влагалищных операциях наружные половые части тщательно вымывались двумя щетками под током сулемы; влагалище подвергалось мытью мылом и промывалось обильным количеством раствора сулемы.

При некоторых видах операций производилась специальная подготовка. Это касается больных с ректовагинальными свищами и в особенности больных с отсутствием или заращением влагалища.

Изучая осложнения, наступающие в большом проценте случаев при операции образования искусственного влагалища по прямокишечному методу Попова и модификации проф. А. Э. Мандельштама, проф. А. Э. Мандельштам обратил внимание на частоту длительных парапроктитов, что заставило клинику выработать особую, отличную от предложенной проф. Поповым, предоперационную диету для этих больных.

Больные перед операцией создания искусственного влагалища получали за 5 дней до операции слабительное (*Ext. fl. cascarae sagradae*) и встречную очистительную клизму и после действия кишечника им назначалась в пищу исключительно простокваша (5 стаканов в день) без сахара, 2—3 раза в день разрешался горячий чай.

Ежедневно больные получают антисептическую клизму из 2% раствора борной кислоты (3 стакана). За 2 дня до операции назначается вторичное слабительное (лакричный порошок).

Утром в день операции разрешается 1 стакан горячего сладкого чая.

Обзор предоперационной подготовки гинекологических больных в Псовальном институте и в дальнейшем в Центральном институте акушерства и гинекологии показывает, что основные принципы предоперационной подготовки — тщательность, систематичность в обработке операционного поля, разработанная до мельчайших деталей, создание соответствующей асептической обстановки операций — являются характерными для школы проф. Д. О. Отта и положены в основу работы гинекологической клиники института и в настоящее время.

Постоянное научное изучение патологических изменений, происходящих в организме больных после оперативного вмешательства на основе изучения физиологических особенностей женского организма, направленное по пути снижения послеоперационных осложнений, обусловило ту эволюцию, которая произошла в вопросе предоперационной подготовки и объясняет получаемые клиникой прекрасные результаты (0,3% послеоперационной смертности и 4,1% послеоперационных осложнений).

Ст. научн. сопр. Е. С. ТУМАНОВА

Профилактика и терапия послеоперационных осложнений

В настоящем очерке мы поставили перед собой задачу проследить в историческом аспекте эволюцию взглядов на профилактику послеоперационных осложнений и их терапию на протяжении 150-летнего существования Повивально-гинекологического института.

О профилактике послеоперационных осложнений и их терапии в доасептический период гинекологии, с 1844 по 1872 г., в доступных нам медицинских отчетах института совершенно не упоминается.

В отчете Гугенбергера (1845—1859 гг.) говорится лишь о проветривании незанятых палат путем открывания окон и дверей, а также об окуривании уксусом, хлором и можжевельником палат, занятых гинекологическими больными.

Начало профилактики послеоперационных осложнений, в нашем теперешнем понимании, совпадает со вторым периодом деятельности гинекологического отделения (1872—1893 гг.) и связано с именем директора Повивально-гинекологического института И. Ф. Баландина, который в 1874 г. ввел меры асептики и антисептики во вверенном ему учреждении.

Им были разработаны методы санитарной обработки персонала, вступающего на дежурство и участвующего в операции, а также меры санитарной обработки и предоперационной подготовки больных.

Широкое применение из дезинфицирующих средств при Баландине получила карболовая кислота, с 1883 г. — сулема, с 1887 г. — борная кислота и с 1888 г. — спирт.

В 1893 г. в должность директора Повивально-гинекологического института вступил Д. О. Отт, с приходом которого наступила новая эра не только в заведомом им гинекологическом отделении, но и во всей отечественной гинекологии.

С именем проф. Отта связан целый ряд профилактических мероприятий, составляющих неотъемлемую часть хирургической работы Дмитрия Оскаровича, благодаря которым ему удалось достигнуть блестящих, для своего времени, результатов.

Придавая большое значение делу личной гигиены персонала в профилактике послеоперационных осложнений, Дмитрий Оскарович составил правила подготовки персонала, принимающего участие в операциях, которые уже с 1893 г. были вывешены в Повивально-гинекологическом институте для всеобщего руководства.

Приготовление больной в день операции играло, по мнению Д. О. Отта, весьма существенную роль в деле соблюдения асептики; поэтому все манипуляции с мытьем больной выполнялись врачами. (Подробное изложение подготовки больных, медицинского персонала и всех общих подготовительных мероприятий, необходимых при операциях, сделано в статье Л. А. Решетовой.)

Дмитрий Оскарович рекомендовал заблаговременно помещать больную в лечебное учреждение для того, чтобы дать ей окрепнуть и подготовиться к предстоящей операции. Проявляя особую заботу о психике больных, идущих на операцию, проф. Отт был первым из русских гинекологов, поднявшим важный вопрос хирургической деонтологии, которой за последнее время уделяют большое внимание.

Применяя в большинстве случаев ингаляционный наркоз, Д. О. Отт требовал, чтобы больные наркотизировались в отдельном помещении, а не в операционной, чтобы присутствием значительного количества врачей-слушателей и всей обстановкой операционной «не производить на больную удручающего впечатления». Каждая больная, идущая на операцию, осматривалась терапевтом, который высказывался о желательности того или иного вида наркоза.

Значительные цифры послеоперационной смертности, главным образом от септического перитонита при брюшностеночных чревосечениях, заставили Д. О. Отта усиленно пропагандировать влагалищные методы операций. Являясь большим сторонником последних, проф. Отт считал, что значительное количество послеоперационных осложнений может быть предотвращено производством влагалищных чревосечений, вместо брюшностеночных. В своей работе 1887 г. «Одиннадцать случаев полного удаления через влагалище раково-перерожденной матки» Дмитрий Оскарович энергично отстаивал влагалищные методы операции. В докладе V съезду русских врачей в память Пирогова, в 1894 г., «О надвлагалищной ампутации матки по упрощенному способу» Д. О. Отт утверждал, что влагалищное удаление матки предпочтительнее перед чревосечением. Горячим сторонником вагинальных чревосечений проф. Отт оставался в течение всей своей деятельности, широко пропагандируя преимущества последних. Влагалищные чревосечения легче переносятся больными. При них органы брюшной полости, не подлежащие удалению, очень редко выводятся наружу, не подвергаются травме, высыханию и охлаждению, и поэтому шок, тошнота, рвота, сухость во рту редко наблюдаются в после-

операционном периоде. Так как рана при влагалищном чревосечении находится в глубине спадающего канала, то почти отсутствуют условия для инфекции. Область брюшины, подвергающейся воздействию при влагалищных чревосечениях, крайне ограничена и расположена в самом нижнем отделе брюшной полости, представляет обычное место скопления секрета и идеальное место для дренирования брюшной полости, со стоком во влагалище. 50% влагалищных чревосечений проходят без повышения температуры в послеоперационном периоде. Ни разу не наблюдалось грыжевого выпячивания на месте рубца сводов. С 1901 г., со времени систематического применения длинных зеркал, наклонного стола и осветительных приспособлений к зеркалам для освещения брюшной полости, влагалищные чревосечения в клинике проф. Отта применялись предпочтительно перед брюшностеночными. В 1907 г. на II съезде российских акушеров и гинекологов Г. П. Сережников в своем докладе «Итоги применения освещения брюшной полости при влагалищных чревосечениях» мог заявить, что смертность при последних в 6 раз ниже, чем при брюшностеночных.

Проф. Отт придавал большое значение технике зашивания брюшной стенки, требуя правильного соприкосновения краев брюшины и накладывания крепких, шелковых лигатур, так называемых основных швов, через всю толщу брюшной стенки. Уже в 1892 г. опубликована работа Н. Г. Рачинского с обоснованием вышеописанного способа зашивания брюшной стенки. Теоретические соображения, положенные Д. О. Оттом в основу этого способа, вполне себя оправдали. Н. Г. Рачинский в 1897 г. на XII международном съезде врачей в Москве в докладе «О смешанном шве после чревосечений» заявил, что при наложении швов на брюшную стенку по способу проф. Отта послеоперационные грыжи встречаются лишь в 3%, что являлось наиболее совершенными результатами среди данных, опубликованных различными авторами того времени. За время заведывания гинекологической клиникой Д. О. Оттом зарегистрировано всего 3 случая эвентерации, с последующим первичным заживлением после вторичного зашивания.

Уже в 1888 г. в своей работе «Особенности противогнилостной обстановки и клиническое течение 30 чревосечений» проф. Отт рекомендует по возможности не нарушать физиологических отправления брюшной полости, предупреждая от чрезмерного обнажения ее органов от брюшины а в случаях неизбежного их обнажения советует тщательно обшивать обнаженные части брюшиной. Таким образом, проф. Отт одним из первых русских гинекологов обратил внимание на тщательную перитонизацию культей, что позволило в значительной степени снизить количество послеоперационных инфильтратов. Д. О. Отт выявил недостатки тампонады по Микуличу и предложил дренировать брюшную полость через влагалище. В своей работе «Краткий обзор 214 чревосечений» (1894 г.) он пишет: «Употребление дренажа брюшной полости ограничивается лишь теми случаями, где целостность брюшины была нарушена на очень большом пространстве. В таких случаях я почти исключительно пользуюсь капиллярным дре-

нажем и тампонирую марлей, с выведением свободного конца через отверстие, проложенное в дугласе и в заднем своде рукава».

Профилактика послеоперационных пневмоний в клинике проф. Отта выражалась в заботе о согревании больной, умелом ведении наркоза и последующем тщательном наблюдении за больной. Развитие паретического состояния верхних конечностей в единичных случаях, наступающее от продолжительного вытянутого состояния, в котором они находятся при чревосечениях, с применением Тренделенбургского положения, предупреждалось переменой положения верхних конечностей во время операции, производством время от времени нескольких пассивных движений или легкого массажа. Лечение же травматических парезов сводилось к применению физических упражнений, массажа и электротерапии.

Меры профилактики тромбоза вен нижних конечностей сводились к наблюдению, чтобы кровеносные сосуды на последних не подвергались давлению на операционном столе или в ногодержателе. Там же, где подобное вредное влияние нельзя было устранить, применялся массаж конечностей и пассивные движения непосредственно вслед за снятием больной с операционного стола. Что же касается раннего вставания больной с кровати, рекомендуемого некоторыми авторами как профилактика тромбозов и пневмоний, то необходимо отметить сдержанное отношение проф. Отта к этому вопросу. Не отвергая в отдельных случаях пользы от сокращения постельного содержания больных после чревосечений, он в 1907 г., на II Всероссийском съезде акушеров и гинекологов, протестовал против трафаретного подхода к этому вопросу, требуя строгой индивидуализации каждого случая. Поэтому, не запрещая больным легких движений, вплоть до повертывания на бок, проф. Отт позволял принимать сидячее положение лишь через 2—3 недели после оперативного вмешательства.

Уход за больными после чревосечений в клинике проф. Отта отличался чрезвычайной тщательностью.

После операции больная переносилась в согретую постель. На живот назначался пузырь со льдом, на голову грелка. При потерях крови при операциях назначались вливания физиологического раствора 1—2 литра в одну из поверхностных вен, иногда в брюшную полость, в надежде на быстрое всасывание. В некоторых случаях на операционном столе вводилось в прямую кишку 2 стакана теплого физиологического раствора с вином. Непосредственно после операции особенно тщательно следили за деятельностью сердца, назначая в необходимых случаях инъекции *ol. camph.*, *sol. coffeini*.

Профилактические мероприятия по борьбе с тошнотой и рвотой после наркоза выражались в воздержании как от пищи, так и от питья. Изредка вводился в *rectum* физиологический раствор, чтобы пополнить потерю жидкости со рвотными массами. При затянувшейся рвоте желудок промывался толстым зондом. Для того чтобы больные могли шире пользоваться доступом чистого воздуха, они во всякое время года выносились на веранду, даже в ближайшие дни после операции.

При накоплении газов в *rectum* вводилась газоотводная трубка.

Стремясь к раннему опорожнению кишечника, прибегали к клизмам уже на 2-й день после операции, так как проф. Отт считал, что переполнение кишечника вызывает спазм, частый спутник послеоперационного течения, требующего применения наркотиков. При сильных послеоперационных болях применялись свечи из морфия или кодеина, в случаях резкого возбуждения — небольшое количество брома или опия; изредка прибегали к инъекциям пантопона.

По снятии швов ватная повязка заменялась стягивающей из липкого пластыря, поверх которой надевали вязанный бинт.

При нагноении швов последние снимались ранее обычного срока, рана подвергалась тщательной очистке, с последующим промыванием спиртом. Когда рана совершенно очищалась, то после поверхностного соскабливания грануляций края раны фиксировались полоской липкого пластыря, а иногда швами.

При наличии цистита мочевого пузыря промывался теплым 2%-ым раствором борной кислоты.

Уход за больными после пластических операций имел некоторые особенности. Немедленно после операции больной связывались ноги. Первые 3—4 дня моча выпускалась катетером. При высоком освежении промежности катетер ставился *à demeure*. Ежедневно производилось обмывание промежности сулемой, осушивание ватными шариками с последовательным припудриванием йодоформом. На 5—7-й день началось слабительное и небольшие масляные клизмы («Оперативная гинекология», Отт, 1914 г.).

Дмитрий Оскарович Отт непосредственно руководил гинекологической клиникой до 1917 г.

С 1917 по 1923 г. гинекологической клиникой последовательно заведывали ученики проф. Отта — Т. П. Сережников и В. В. Преображенский.

По медицинским отчетам и научным работам за этот период времени видно, что ничего нового в деле профилактики и терапии послеоперационных осложнений не произошло, тем более, что работа института протекала в уменьшенном масштабе, ввиду закрытия части зданий института.

Краткое пребывание в качестве руководителей гинекологической клиники проф. Л. Л. Окинчица и Ф. Н. Талвидарова (1923—1926 гг.) точно так же не отразилось заметным образом на принципах профилактики и терапии послеоперационных осложнений.

Между тем в жизни всей страны произошли существенные перемены. С наступлением Октябрьской революции и окончанием гражданской войны наплыв больных, нуждающихся в оперативном лечении, значительно возрос.

В связи с значительным развитием биохимических наук произошел огромный сдвиг в изучении патологических процессов, а отсюда произошло изменение во взглядах и на профилактику и терапию послеоперационных осложнений.

С 1926 г. гинекологической клиникой стал руководить ученик проф. Отта — проф. Р. В. Кипарский. При нем была выработана

стройная система профилактики и терапии послеоперационных осложнений, еще более уточненная при преемнике проф. Кипарского проф. Мандельштаме.

У каждой больной, поступающей в гинекологическое отделение, производится клиническое исследование крови и мочи, рентгеноскопия, а иногда рентгенография грудной клетки, измеряется кровяное давление, после чего ее осматривает терапевт, который и высказывается о желательности того или другого вида наркоза.

В клинике проф. Р. В. Кипарского, кроме общеизвестной пробы Штанге, прочное обоснование получили пробы Ратнера и Кауфмана, являющиеся довольно тонкими пробами для определения скрытой недостаточности сердечно-сосудистой системы.

Проба Ратнера (определение длины диастолической паузы) не лишена некоторого субъективизма, проба же Кауфмана проста и вполне объективна.

Работой Э. М. Каплуна «К вопросу об определении скрытой недостаточности сердечно-сосудистой системы у оперированных гинекологических больных» (1929 г.) было установлено, что больные с отрицательной пробой Кауфмана хорошо переносят операцию.

При надобности больные подготавливаются к операции дачей сердечных средств: *digalen'a, inf. digitalis, t-ra strophanti*, инъекциями кофеина и камфоры.

В клинике проф. А. Э. Мандельштама изучены методы функциональной диагностики кровообращения на больных, подвергшихся операции под различными видами наркоза.

Работой Е. С. Тумановой «Скорость кровотока у оперированных гинекологических больных» (1941 г.) было установлено, что реакция сердечно-сосудистой системы на различные виды наркоза, даже у лиц с так называемым здоровым сердцем, не одинакова. Эти данные позволяют более точно подходить к выбору того или иного вида наркоза при оперативных вмешательствах.

Профилактика послеоперационных осложнений со стороны органов дыхания состоит в продуманной, последовательной организации режима дыхания, к которому больных готовят до операции систематическими беседами лечащего врача, который объясняет больным значение глубокого полного дыхания в деле профилактики послеоперационных пневмоний.

Большое значение придавал проф. Кипарский уменьшению болезненных ощущений больной в послеоперационном периоде, что достигалось инъекциями пантопона и морфия. Не испытывая боли, больная может глубоко дышать, что служит профилактикой послеоперационных пневмоний. При наличии болей больные избегают глубокого дыхания, стараются щадить брюшную пресс, дышать поверхностно и таким образом скорее заболевают пневмонией.

С 1927 г. в клинике проф. Р. В. Кипарского стали применяться углекислота при операциях с общим наркозом. Работа М. В. Могилева «Значение углекислоты в профилактике послеоперационных осложнений» (1930 г.) показала, что ингаляция углекислоты увеличи-

ваит емкость легких, способствует возбуждению дыхательного центра, что является столь важным в профилактике послеоперационных пневмоний.

Придавая большое значение в развитии послеоперационных пневмоний резкому понижению дыхательной функции легких, как следствие длительного, противоестественного лежания больной на спине, активной задержке дыхания под влиянием болезненных ощущений и пареза трахеобронхиального дерева, вызываемого операционной травмой, углекислота стала применяться для вдыхания больными и в первые дни послеоперационного периода.

Непосредственно перед операциями под эфирным наркозом в клинике проф. Мандельштама применяются инъекции атропина (1:1000—1 куб. см), *pantron'a* и сернокислой магнезии 3 куб. см—33%). Первый — как средство, уменьшающее секрецию дыхательных путей, вторая — как синергист эфира, в силу чего уменьшается количество расходуемого наркоза. Благодаря этим мероприятиям резко снизилось количество пневмоний и бронхитов.

Состояние мочевых путей устанавливалось в клинике проф. Р. В. Кипарского предоперационной цистоскопией. Особенно тщательно цистоскопировались больные с аплазией половых органов, злокачественными новообразованиями и при повторных чревосечениях.

Особенное развитие метод предоперационной цистоскопии получил в клинике проф. А. Э. Мандельштама, где были применены не только методы функциональной диагностики, но и изучение состояния мочевых путей в динамическом разрезе после гинекологических операций, благодаря чему рано выявлялись различные осложнения со стороны уропозитической системы и предпринималось соответствующее лечение.

Изменилась предоперационная подготовка больных. В клинике проф. Р. В. Кипарского совершенно отказались от дачи сильных слабительных, применялись лишь легкие слабительные (например, *extr. fluid cascara sagrade*).

В работе М. В. Могилева «К вопросу о кетонурии» (1926 г.) было установлено появление последней в послеоперационном периоде в 67% случаев.

Е. И. Гуревич и А. М. Шаталова в работе «Резервная щелочность крови у послеоперационных гинекологических больных» (1935 г.) установили потерю клетками организма окислительной способности в результате оперативного вмешательства. Для профилактики послеоперационного ацидоза больным в день операции назначались углеводы в виде сладкого чая, меда, варенья.

Очищение кишечника перед операцией в клинике проф. А. Э. Мандельштама производится в большинстве случаев при помощи клизм.

С хорошими результатами применяется введение виноградного сахара в физиологическом растворе для профилактики послеоперационной жажды и рвоты.

В клинике проф. А. Э. Мандельштама больным с предоперационной гипохлоремией назначаются повторные, внутривенные вливания гипертонического раствора поваренной соли, благодаря которым удается добиться стойкого повышения хлоридов крови.

Работой Е. С. Тумановой (1940 г.) «Обмен хлоридов у оперированных гинекологических больных» было установлено, что при целом ряде осложнений послеоперационного периода: метеоризме, рвоте, нагноившейся гематоме, можно диагностировать гипохлоремию, причем последняя прямо пропорциональна тяжести осложнения.

С исключительной тщательностью в клинике осуществляется систематический бактериологический контроль над перевязочным и шовным материалом.

В то время как проф. Д. О. Отт при всех оперативных вмешательствах употреблял в качестве шовного материала исключительно шелк, в клинике проф. Кипарского применялся при операциях главным образом кетгут, рассасывающие свойства которого позволили значительно снизить количество инфильтратов в послеоперационных культиях. Профессор Р. В. Кипарский придавал большое значение технике зашивания брюшной стенки, считая, что основной причиной эвентерации, кроме ацидоза, являются механические условия, которые создаются при неправильной технике наложения швов. Проф. Р. В. Кипарский рекомендовал зашивать брюшину отдельно, так, чтобы вкол и выкол производились с внутренней стороны париетальной брюшины, чем обеспечивается хорошее склеивание ее. В работе И. В. Левита «О послеоперационных эвентерациях» (1930 г.), приводятся 5 случаев послеоперационного расхождения швов. Возросшее количество эвентераций следует объяснить значительным преобладанием брюшностеночных чревосечений над влагалищными. Как ни заманчив влагалитный метод, он требует индивидуальной техники; кроме того, успехи современной абдоминальной хирургии, ввиду большой простоты, легкости и скорости современного чревосечения, постепенно уменьшили круг применения вагинальных методов.

Стремление улучшить послеоперационные результаты при оперативном лечении неасептических случаев выдвинуло интраперитонеальное введение эфира в брюшную полость.

В работах А. Э. Мандельштама «О вливании эфира в брюшную полость для предупреждения и лечения перитонита» и Г. В. Ходяцкого «К вопросу о рациональной методике профилактического и терапевтического применения эфира при перитоните» (1924 г.) было установлено, что после применения эфира газы отходили у больных в среднем через сутки, послеоперационный период протекал без осложнений, не наблюдалось выпотов, столь нередких при операциях на придатках.

Обычно вливалось 20—30 г эфира. С 1922 г последний стал систематически применяться в клинике проф. Р. В. Кипарского в загрязненных случаях; однако в дальнейшем, начиная с 1926 г., в клинике более широко стали пользоваться вливанием в полость риванола 1 : 1000, в количестве от 50 до 150 куб. см.

В последние годы в клинике стали с успехом в неасептических случаях применять белый стрептоцид.

Бинтование брюшной стенки, затрудняющее функцию легких, в клинике проф. Кипарского не применялось. После чревосечений накладывалась легкая повязка с пластырем. Проф. Р. В. Кипарский являлся убежденным сторонником ранних движений больных в кровати.

В отделении неоперативной гинекологии проф. С. А. Ягунова были подробно разработаны типы физических упражнений для гинекологических больных в пред- и послеоперационном периоде.

Уже в 1924 г. д-ром А. Г. Болговой на городской конференции по лечебной физкультуре был сделан доклад о физических упражнениях в послеоперационном периоде у гинекологических больных.

В настоящее время в клинике проф. А. Э. Мандельштама широко применяются лечебные физкультурные упражнения, как в пред-, так и послеоперационном периоде, под руководством врача и методиста по лечебной физкультуре.

Широкое применение в клинике в качестве профилактики послеоперационных осложнений получило переливание крови как донорской, так и плацентарной. Всем больным с низким процентом гемоглобина, а также страдающим злокачественными опухолями, как правило, производится переливание крови.

Терапия послеоперационных осложнений представляется в следующем виде.

Больная после операции помещается в специальную палату, где лежат только больные, оперированные в этот день, и обеспечивается специальным уходом. Из операционной больная на каталке поступает в согретую постель, где хорошо укрывается одеялом, а к ногам ставятся грелки. Больной предоставляется полный покой. Если покой и чистый воздух не предохранили больную от рвоты после наркоза, то прибегали к промыванию желудка содовым раствором.

В клинике отказались от применения толстого зонда, а обычно пользуются тонким зондом, который гораздо лучше переносится больными. При непрекращающейся рвоте вводится в вену 10%-ный гипертонический раствор поваренной соли, в количестве 20 куб. см, а еще лучше — капельные вливания физиологического раствора с виноградным сахаром в вену или в *rectum*, в количестве 1000—1500 куб. см.

Посленаркозная икота прекращается промыванием желудка. Икоту у нервных и истеричных женщин мы лечим назначением бромидов и *t-ra valeriani*. Применяются наркотики (пантопон, морфий) под кожу; в нескольких тяжелых случаях применяли *heroin* 1%-ный, не более 2—3 куб. см в день.

При упадке сердечной деятельности в послеоперационном периоде применяется *digalen. sol. coffeini* 10%, *ol. camph.* 20%, адреналин, при послеоперационном шоке и коллапсе применяется переливание крови.

При оперативных вмешательствах, сопровождавшихся значитель-

ной кровопотерей, производится переливание крови во время операций или непосредственно после их окончания.

К тяжелым оперативным вмешательствам, например, к операции Вертгейма, больные готовят повторными переливаниями крови, кроме того, кровь переливается таким больным и непосредственно после операции. Широко применяется переливание крови в послеоперационном периоде как донорской, так и плацентарной.

При тромбозе вен нижней конечности последней придается возвышенное положение; она укладывается в шину с ватной повязкой. Назначаются согревающие компрессы, пиявки, в дальнейшем легкий массаж и физиотерапевтическое лечение.

Лечение послеоперационных пневмоний состоит в применении горчичных и бензиновых обертываний, назначении банок, горчичников, согревающих компрессов, отхаркивающих средств и инъекций *ol. camph* 20% под кожу; больной придается возвышенное положение. Особенное значение придается правильному дыханию больной, которое достигается систематическим воспитанием больной лечащим врачом и частым проветриванием палат для доступа чистого воздуха. При проф. Мандельштаме широко применение при послеоперационных пневмониях получили сульфамидные препараты и пенициллин.

При задержке мочеиспускания применяют тепло в виде грелок на область мочевого пузыря, подается нагретое судно, вводятся внутримышечно 3 куб. см 33% сернокислой магнезии, 10 куб. см 40% уротропина в вену. Применяется вливание в мочевой пузырь стерильного глицерина.

Если эти средства не помогают, приступают к катетеризации с последующим промыванием мочевого пузыря 2% раствором борной кислоты.

При метеоризме назначаются: газоотводная труба, небольшие гипертонические клизмы, а также сифонные клизмы. Применяется тепло в виде грелок или соллюкс на живот. Назначаются инъекции под кожу антропина, питуитрина или физостигмина. Прекрасно действует при тяжелых формах метеоризма введение в вену 10% гипертонического раствора в количестве 20,0.

При копростазе в послеоперационном периоде применяются простые и масляные клизмы, а также клизмы с прибавлением 2—3 столовых ложек глицерина на стакан воды, а также глицериновые клизмы. Применяется тепло на живот в виде грелок или светового ящика.

Если в прямой кишке скапливаются затвердевшие каловые массы, то на руку надевают резиновые перчатки и пальцем извлекают затвердевшие каловые массы из ампулы кишки.

Салол, уротропин, жженая магнезия, мятные капли, дезинфицирующие кишечник, уменьшающие при этом образование газов, назначаются главным образом в хронических случаях, но не при остром метеоризме, образовавшемся от пареза кишок.

При бессоннице в послеоперационном периоде, а также при функциональных расстройствах нервной системы назначаются бромиды,

а также люминал и веронал. Широко применяется микстура проф. Р. В. Кипарского *Natr brom.* 8,0—200, *Pyramidon.* 2,0, *Cofeini* (02), которую обычно с охотой принимают больные.

При эритемах, наблюдающихся после обильного смазывания кожи иодом, применяется 5% раствор *kali hypermang.* или вазелин.

При дерматитах или экземах кожи применяется *Pasta Lassare. ung. bism.,* вазелин.

Если линия шва в послеоперационном периоде представляется покрасневшей и отечной, то швы снимаются и рана расширяется. Широко и глубоко раскрытая рана оставляется на несколько дней без перевязки. После очищения рана заклеивается липким пластырем или накладываются серфины.

При начинающемся перитоните применяется промывание желудка 2% содовым раствором через тонкий зонд; назначаются гипертонические и сифонные клизмы; в вену вводится 10% раствор поваренной соли, под кожу атропин, физиостигмин, питуитрин. Для утоления жажды и пополнения жидкости, теряемой больными, назначаются капельные клизмы из физиологического раствора с прибавлением глюкозы. Для поддержания сердечной деятельности вводят под кожу *sol. coffeini* 10%, *ol. camphorae* 20%, *digalen*, адреналин. При разлитых гнойных перитонитах прибегают к повторному чревосечению, после которого больным придается Фовлеровское положение, вставляется тампон Микulichа, вводится тонкий зонд *à demeure*; в нескольких случаях с успехом была применена энтеростомия.

Начиная с 1945 г., при начинающихся перитонитах клиника систематически проводит пенициллинотерапию, вводя через каждые 3—4 часа по 35—50 тыс. оксфордских единиц внутримышечно (общая доза до 500—800.000 окс. ед.), применяя в то же время сердечные, внутривенное введение глюкозы, поваренной соли и др. Этот способ лечения в ряде случаев дал в высшей степени ободряющие результаты, хотя еще рано говорить о конечных итогах подобной терапии, которая требует для обоснованной оценки накопления достаточно многочисленных наблюдений.

Ст. научн. сотр. Е. П. МАЙЗЕЛЬ

Бесплодие

Первые упоминания о бесплодии мы находим в работе Д. О. Отта «Избранные отделы практической гинекологии» за 1890 г.

Одной из наиболее частых причин бесплодия Отт считал закупорку и непроходимость цервикального канала и «отчасти нижнего отрезка матки, происходящие не столько от сужения просвета на месте перегиба канала, как от часто наблюдаемой относительной узости наружного зева. В таких случаях слизь при ненормально большом отделении ее накапливается в полости матки и нередко, сгущаясь, закупоривает просвет и тем преграждает доступ к проникновению семенных нитей вглубь» (Отт).

Исходя из этой концепции, Отт рекомендовал зондирование и расширение наружного зева и при отсутствии эффекта предлагал производить клиновидную эксцизию на передней и задней губе, чем достигалось расширение наружного зева. Он упоминает о случаях наступления беременности после этой операции.

Кроме оперативных способов для устранения относительной узости зева и восстановления проходимости цервикального канала Отт предлагал еще способ, заключающийся в периодическом зондировании полости матки.

Он еще в 1890 г. объяснял бесплодие при антефлексии тем, что «патологическая антефлексия сама по себе является нередко выражением недоразвития полового аппарата, которое может выразиться не только неправильной формой матки, но и ненормальной овуляцией, нарушающей отправления слизистой оболочки матки, находящейся в состоянии часто наблюдаемой при этом гиперсекреции, и еще другими подобными функциональными расстройствами. Существование катарра матки, например, служит помехой надежной имплантации оплодотворенного яичка в полости матки».

В отчете Канегиссера за период с 1893 по 1898 г. упоминается о случае лечения бесплодия, по поводу которого было сделано выскабливание полости матки и ампутация шейки. Операция осложнилась экссудативным периметритом с образованием абсцесса.

В этом же отчете имеются указания о том, что среди 93 больных с фибромиомой матки 28 больных страдали бесплодием; из 21 больной, лечившихся по поводу воспаления тазовой брюшины, — 7 ни разу не беременели.

В работе А. И. Коробкова и М. Ф. Леви, опубликованной в медицинском отчете гинекологического отделения института (1904—1908 гг.), упоминается, что из 307 женщин с фибромиомой матки 85 были бесплодны, что составляет 27,7%.

Затем только в руководстве «Оперативная гинекология» (1914 г.) Отт пишет: «Отдаленные результаты, собранные О. Левиным на материале моей клиники, показали, что у 35% всех оперированных ради бесплодия путем ампутации маточной шейки, после этого наступало зачатие».

О. Я. Левин в своем докладе на заседании акушерско-гинекологического общества по вопросу лечения бесплодия сообщил о хирургическом методе Отта для устранения фиксации шейки к передней стенке влагалища, который состоит в поперечном разрезе слизистой и подслизистой влагалища до ткани шейки матки у наружного ее зева и зашивании этого поперечного разреза продольно, параллельно шейке матки. Этим достигается и углубление уплощенного свода.

Более подробных сведений, по которым мы могли бы проследить всю последовательность в изучении этиологических факторов бесплодия, развитие методов диагностики и лечения бесплодия, за этот период нам не удалось обнаружить.

И только с момента опубликования Рубиным (Rubin) в 1920 г. его работы об исследовании состояния фаллопиевых труб методом продувания, выяснившим, что в значительном проценте случаев причина бесплодия женщин заключается в непроходимости фаллопиевых труб, — резко изменился взгляд на причинные факторы бесплодия.

А. Э. Мандельштам первый в СССР стал применять этот метод и в 1922 г. предложил свою простую методику: он первым применил для продувания обычный комнатный воздух, заменив им углекислоту, предложенную Рубиным, и этим значительно упростил методику продувания.

Опубликованная Зельгеймом в 1923 г. методика продувания комнатным воздухом является по существу повторением идентичной методики Мандельштама и отличается только детализацией аппаратуры.

Кроме того, Мандельштам сконструировал аппарат для пертубации и специальные конусообразные наконечники (канюли разного диаметра), плотно замыкающие шеечный канал и препятствующие обратному току воздуха из полости матки. Этот прибор нашел широкое распространение у нас в Союзе и за границей.

Опубликованные им (1923—1925 гг.) в советской и иностранной печати работы о результатах продувания фаллопиевых труб показали, что изменения в трубах являются самой важной и частой причиной длительного женского бесплодия. Мандельштам установил в 40% полную непроходимость или недостаточную проходимость фаллопиевых труб при недоразвитии матки и этим опроверг существовавшее мнение, что причина бесплодия у этой категории больных лежит в подавляющем большинстве случаев в узости шейки матки.

Значительная часть женщин, у которых Мандельштам обнаружил непроходимость труб, подверглась ранее оперативным вмешательствам: расширению цервикального канала, ампутации и дисцизии матки, выскабливанию полости матки.

Он установил непроходимость труб у первично бесплодных в 63% и у вторично бесплодных в 80%. Материал Мандельштама является выборочным, так как он состоял из женщин, ранее долго лечившихся.

В тех случаях, где больные с непроходимыми трубами были лапаротомированы, подтверждалась диагностированная ранее непроходимость труб.

Таким образом с 1922 г. продувание фаллопиевых труб стало одним из основных диагностических методов при установлении причин бесплодия. Пертубация производится нами не ранее 5-го дня после окончания месячных и не позднее, чем за 10 дней до наступления следующих месячных. Производство этого диагностического способа исследования допускается только при наличии нормальной температуры, I—II степени чистоты влагалищной, шеечной и уретральной флоры, нормального РОЭ и нормального состояния легких и сердца.

Противопоказанием для пертубации являются: повышенная температура, гнойные выделения из какого-либо отдела мочеполового тракта, острые и подострые воспалительные процессы в области тазовых органов, кровотечения, болезненные и заметно увеличенные придатки, заболевания легких и заболевания сердца в стадии суб- и декомпенсации.

Мандельштам рекомендует производить это диагностическое исследование в условиях стационара, но допускает также применение этого метода амбулаторно в поликлинических условиях с обязательным пребыванием больной в постели в течение 2 часов после пертубации.

Производится пертубация с соблюдением общепринятых правил асептики и антисептики, с обязательной дезинфекцией наружных половых органов, влагалища и шейки матки.

Появлению феникус-симптома мы придаем важное диагностическое значение в смысле положительной оценки результатов продувания даже при отрицательных показателях манометра.

Несмотря на большое диагностическое значение метода продувания фаллопиевых труб, некоторыми авторами (Отт) высказывались опасения в смысле его безопасности: возможность воздушной эмболии,

проникновение в брюшную полость патогенных микроорганизмов, гнойного секрета и др.

Д. О. Отт в 1925 г. предложил свой способ для определения проходимости фаллопиевых труб: для этого он рекомендует вводить шприцем в брюшную полость через задний свод при сильно приподнятом тазовом конце 10 куб. см стерилизованной жидкости, содержащей около 10% мельчайшего порошка древесного угля или туши. Появление этого порошка может быть обнаружено через несколько часов в слизи цервикального канала, куда эти частицы угля заносятся током лимфатической жидкости из брюшной полости через трубы при их нормальном состоянии. Мазок из цервикального канала позволяет выявить под микроскопом присутствие угля.

На основании проведенных 6 случаев Отт считал свой метод безопасным.

В своей статье (1925 г.), посвященной «Современному положению вопроса о способах определения проходимости труб», Мандельштам, возражая противникам метода продувания, высказывавшим опасения в смысле возможности воздушной эмболии и разрыва труб, указывает, на основании произведенных им опытов с продуванием труб на экстирпированных матках, что воздух может проникнуть в венозную систему только при ранении эндометрия.

Касаясь опасности разрыва трубы при продувании, Мандельштам считает, что это осложнение имело место только тогда, когда злоупотреблялись количеством вводимого воздуха и давлением. Он считает пределом для введения воздуха высоту давления по манометру, не превышающую 180—200 мм ртутного столба. При обычной методике продувания фаллопиевых труб объем вдуваемого при пертубации воздуха равен в среднем 15—30 куб. см.

По данным его исследований (1925 г.), при пертубации следует обращать внимание на давление, примененное в каждом случае, на количество введенного воздуха и на быстроту его проходимости. Он придает большое значение минимальному давлению, при котором был получен положительный результат. Так, по данным его исследований нормальная проходимость фаллопиевых труб устанавливается при минимальном давлении (50—25 мм), а при наличии стеноза труб минимальное давление — выше 100 мм. Помимо диагностического эффекта продуванием труб достигался и терапевтический эффект. На 500 случаев положительного продувания труб беременность наступила в 61 случае.

Диагностическая эффективность пертубации выдвинула вопрос о рациональной терапии бесплодия, в частности, хирургических методов лечения.

Если раньше, в трудах института, посвященных 25-летию научной деятельности проф. Д. О. Отта, упоминается об операции сальпингостоматопластики как сопутствующей операции на придатках, то с 1923 г. эта операция прочно вошла в клинику как метод лечения трубного бесплодия при заращении в абдоминальном конце трубы.

Еще ранее (в 1922 г.) впервые в Советском Союзе проф.

Р. В. Кипарский произвел операцию имплантации трубы при непроходимости в истмической части.

Опубликованные в 1926 г. и доложенные на 7-м Съезде акушеров и гинекологов Кипарским и Мандельштамом материалы об оперативных методах восстановления проходимости фаллопиевых труб свидетельствуют о ревизии существовавших до этого хирургических методов, о значительных усовершенствованиях в технике операции на трубах и новом инструментарии. Вначале наша клиника производила имплантацию труб по методу Штрассмана: после резекции непроходимой части трубы вершина рога матки вскрывалась поперечным разрезом длиной в 2 см; при этом важно не повредить сосудистой дуги (*ranus tubarius a. uterinae*). Через рог матки проводятся 2 кетгутовых лигатуры, которые в то же время подхватывают брюшинный покров ближайшего к матке проходимого отдела трубы. При затягивании лигатур имплантируемый конец трубы располагается в роге матки так, что проходимый отдел на небольшом протяжении свободно вдается в просвет полости матки. Далее на края разреза матки накладывается еще 2 кетгутовых шва. Матка в случае надобности антефлексировается.

В первом случае Кипарского операция имплантации была произведена у больной, перенесшей внематочную беременность в правой трубе, и при лапаротомии была обнаружена беременность близ самого рога матки в левой трубе (ограниченный гематосальпинкс). Левая труба на протяжении около 5 см не представляла никаких изменений; поэтому опухоль левой трубы была иссечена из рога матки и в образовавшуюся воронку шит кетгутовыми швами дистальный отдел левой трубы. Операции имплантации трубы предпринимались при наличии следующих условий: 1) нормальная РОЭ, 2) нормальный секрет из уретры и цервикального канала, 3) I—II степень чистоты влагалищной флоры, 4) нормальная величина и достаточная подвижность труб (придатков), 5) доказанная *potentia generandi* мужа.

В первых 5 случаях техника наша почти не отличалась от вышеописанной техники Штрассмана. Однако проверка состояния труб пертубацией через некоторое время после операции показала их непроходимость.

Р. В. Кипарский обратил внимание на значение восстановления нормального анатомического положения искусственно образуемой новой «интрамуральной» части трубы. Имплантируя дистальный отдел (перерезанной) трубы в матку «в расщеп», как делают Штрассман и Новак, мы ее ставим в совершенно иные условия: параллельно идущие мышечные пучки подвергают трубу резкому сдавлению, и при рубцевании маточной раны остается мало надежды на проходимость канала трубы. Ввиду этого единственной рациональной техникой является та, при которой труба будет имплантирована в место, где проходит облитерированный интрамуральный отдел ее, подлежащий для этого удалению (Кипарский).

Во избежание разрыва матки в случае беременности желательно наносить наименьшую травму при имплантации труб.

С этой целью Р. В. Кипарским был предложен особый инструмент — «имплантатор трубы»; он представляет собой небольшой трепан с острооточенными краями, имеющий форму трубки, прикрепленной под тупым углом к рукоятке, длиной около 3 см и диаметром в 0,6—0,4 см; трубка снабжена двумя овальными «окнами» по бокам.

В 1928 г. д-ром Тумановым Г. Н. имплантатор Кипарского был модифицирован: 1) ручка имплантатора изогнута по типу рукоятки револьвера, что создает удобство держания его и регуляции силы воздействия рукой; точка приложения этой силы и режущие поверхности находятся на одной линии; 2) режущая поверхность имплантатора отточена по типу «хлебного ножа» и не ранит при перфорации противоположную стенку матки и 3) окошечко в трубке имплантатора больших размеров, что облегчает проведение иглы с ниткой через оба окошечка.

Мандельштам обращает особое внимание на следующую техническую деталь при операции имплантации труб: исходя из того, что освеженные края рассеченной на границе непроходимой части трубы могут срастись, обусловив вновь непроходимость маточного конца, Мандельштам расщепляет трубу на 2 небольших лоскута длиной около 0,5 см параллельно ее брыжжейке и на противоположной стороне и оторачивает края раневой поверхности трубы, соединяя слизистую трубы и ее брюшинный покров.

По отделении непроходимой медиальной части трубы от ее брыжжейки, Мандельштам вырезает узким небольшим скальпелем циркулярно интрамуральную часть трубы и получает таким образом узкий круглый канал, ведущий в полость матки.

Шивание расщепленного конца трубы производилось им по принципу шивания мочеточника в пузырь. Для этой цели он пользовался маточной иглой с тупым закругленным концом, позволяющим ориентироваться, где начинается полость матки. Оба конца лигатур, наложенных на передний и на задний лоскут трубы, выводятся соответственно через переднюю (*resp.* заднюю) поверхность тела матки. После введения зонда в матку, при потягивании за латеральные концы лигатур, труба, скользящая по зонду, втягивалась в канал на нужную глубину, после чего лигатуры завязывались на поверхности матки.

После наложения 2—3 кетгутовых лигатур на брюшину трубы и матки зонд извлекался из трубы (Мандельштам).

Разработанная в нашем институте техника имплантации труб анатомически вполне обоснована и дает больше шансов на успех, чем методики других авторов.

Что же касается укорочения имплантируемой трубы при резекции, Мандельштам, как и другие авторы, считает, что если сохранилось 4—6 см здоровой трубы, — она может нормально функционировать.

Операция сальпингостоматоластики производилась в нашей клинике по способу Мартина. За период с 1923 по 1941 г. было произведено 74 операции сальпингостоматоластики. На 20 случаев.

этих операций (до 1923 г.) только в 2 случаях наблюдалась последующая нормальная беременность (Б. А. Козинский).

Данные Мандельштама о том, что пертубация при вскрытой брюшной полости показала изолированную непроходимость в маточном конце трубы в 23%, в интерстициальной части в 13% и, наконец, одновременно и в маточном и в абдоминальном конце в 64%, до некоторой степени объясняют малый процент удач после сальпингостоматоластики. Кроме того неудачи могут зависеть от повторного заращения вновь образованного абдоминального конца трубы и вследствие гибели мерцательного эпителия и функциональной неполноценности трубы.

Несомненно, что успех этой операции в значительной степени зависит также от умения подобрать подходящий для этой операции случай и от техники оператора.

Еще с 1924 г. помимо пертубации для уточнения места непроходимости труб применялся метод сальпингографии (Мандельштам) при помощи водных растворов бромистого натрия, бромистого стронция (25%) и иодистого калия (12,5%). Однако вследствие недостаточной контрастности толкование рентгенограмм представляло немалые трудности. В институте этот метод вошел в повседневную практику с 1936 г. (Майзель).

Обследование больной, противопоказания к сальпингографии и подготовка к ней те же, что и при пертубации. Кроме того перед сальпингографией очищается кишечник и мочевой пузырь больной.

Контрастная масса (30% иодолипол), слегка подогретая, в количестве 3—5 куб. см вводится в полость матки с помощью шприца Брауна; на конец канюли шприца надевается резиновый наконечник от спринцовки Тарновского для более плотного замыкания шейки. Первые 2 рентгено снимка делаются с перерывом в 3—5 минут, 3-й снимок делается на следующий день. В тех случаях, где путем сальпингографии выясняется непроходимость трубы в маточном конце, с согласия больной производится операция имплантации труб, а при заращении трубы и в абдоминальном конце одновременно производится стоматоластика.

Таких операций — одновременной имплантации трубы и сальпингостоматоластики за период с 1926 по 1941 г. произведено 12.

В 52 случаях имплантации труб, произведенных нами, где прослежена судьба больных, в 11 случаях наступила беременность, что составляет 21% успеха. Более высокий процент положительных результатов у нас, по сравнению с данными других отечественных и зарубежных авторов, объясняется рационализацией техники операции на строго анатомической основе и овладении техникой этой операции.

В тех же случаях, где не удавалось использовать фаллопиевые трубы вследствие их глубоких изменений, клиника прибегла к имплантации яичника в матку. Таких операций с 1926 по 1941 г. было произведено 12.

Наша клиника, производя эту операцию, придерживалась следую-

шего принципа пересадки: срединным разрезом до гилуса яичник рассекался на 2 части, из которых одна оставалась в соединении с *lig. ovar. propr.*, а другая — с *lig. ov. suspensor.* Края разрезанного яичника обшивались каждый в отдельности обвивным кетгутовым швом (с целью гемостаза). Через продольный разрез по задней поверхности тела матки на расстоянии около 1½ см от ребра и длиной около 2—2½ см медиальная половина яичника вводилась в полость матки, так что через разрез проходила ножка (*lig. ov. propr.*), после чего разрез зашивался узловатыми кетгутовыми швами. После такой операции овуляция в пересаженной части яичника происходит в полости матки.

По мнению Мандельштама, операция трансплантации яичника в матку имеет мало шансов на успех, так как в случае зачатия молодое оплодотворенное яйцо не имеет достаточной зрелости, чтобы имплантироваться в слизистую матки.

Кроме этого обычно получается перекрытие трансплантированного яичника эндометрием, и овуляция не происходит в свободную полость матки, а поэтому и шансы на беременность являются ничтожными.

Касаясь вопросов этиологии и клинических методов распознавания причин женского бесплодия, Мандельштам еще на 7 Съезде акушеров и гинекологов (1927 г.) в своем докладе отразил точку зрения института, что:

1. При изучении проблемы бесплодия следует изучать бесплодный брак, а не только бесплодных женщину и мужчину.

2. При наличии проходимости труб в значительном числе случаев стерильные женщины страдают аномалиями менструации и изменениями нормального биохимизма влагалища, что наряду с обнаруживаемыми нередко гистологическими изменениями в эндометрии, говорит в пользу овариального происхождения бесплодия.

3. При исключении непроходимости фаллопиевых труб и явной овариальной дисфункции следует видеть (исключив стерильность мужа) причину бесплодия в существующих местных анатомических изменениях (со стороны главным образом шейки, положении матки и др.), которые требуют большей частью оперативного лечения.

4. В тех же случаях, где местные изменения отсутствуют, причина бесплодия женщины может зависеть от общих факторов (болезни эндокринных желез, обмена веществ, крови, хронические инфекции и интоксикации и т. п.), с чем и нужно сообразовать лечение.

Изучая детально на клиническом материале этиологические факторы бесплодия, Мандельштам, на основании гинекологического исследования, установил (1928 г.), что первое место при первичном бесплодии принадлежит больным с так называемым «неизменным половым аппаратом», на второе место он поставил хронические воспалительные процессы придатков и тазовой брюшины, затем инфантилизм, фибромиомы, подвижную ретроверсию матки и, наконец, кисты яичников.

При вторичном бесплодии фибромы занимают 3-е место, затем идут подвижные ретроверсии, инфантилизм и кисты яичников.

В числе больных с неизменным половым аппаратом находилось большое число женщин, которым профилактически впрыскивался иод. Мандельштам на своем материале обнаружил непроходимость труб в 192 случаях после впрыскивания иода.

Продуванием труб у больных с миомами выявлена непроходимость в 60% у первично бесплодных и в 52% у вторично бесплодных.

Эти данные позволили прийти к выводу, что бесплодие у больных с миомами матки обусловлено в большинстве случаев не наличием самой опухоли, а непроходимостью труб.

То же следует сказать и о больных с кистами яичников и больных с инфантильным половым аппаратом. Большое значение в развитии вторичного бесплодия принадлежит искусственному аборту.

На материале в 600 случаев бесплодия после искусственного аборта установлена непроходимость труб в 60%. По данным Мандельштама (на 1000 случаев бесплодия), искусственный аборт был единственной причиной бесплодия в 35% случаев.

Л. И. Бубличенко (1934 г.), анализируя материал в 200 случаях бесплодия после искусственного аборта, нашел в 114 случаях хроническое воспаление придатков, причем в 56 случаях воспалительный процесс наступил сразу же после аборта, в 25 случаях имели место кровотечения после аборта; изменения в менструальной функции наблюдались в 61,9% случаев.

В 1935 г. С. А. Ягунов предложил свою модификацию прибора для продувания. Соединенный с кимографом аппарат, позволяет дозировать объем вводимого воздуха, диагностировать «аэросальпинкс» и судить о функциональном состоянии труб.

Детальному изучению анатомических и функциональных изменений при бесплодии посвящена работа Майзеля (1937 г.), в которой он на материале в 3875 случаев бесплодия, изучая этиологические факторы, выявил в 40,4% воспаление придатков матки, бесплодие после аборта в 31,1%, инфантилизм в 17,6%, фибромиому матки в 4,0%, ретрофлексию матки в 3,5%, кисты яичников в 2,6%; иодные впрыскивания в 0,5%, разрывы промежности в 0,3%. Непроходимость труб после аборта, по данным Майзеля, составляет 55%.

На материале в 2000 случаев бесплодия им установлена непроходимость труб у первично бесплодных в 69% и у вторично бесплодных в 83% случаев.

Вопросу исследования спермы у мужей больных, страдающих бесплодием, и характеристике Рн при бесплодии посвящена работа Майзеля и Кравец (1940 г.). Выяснено при обследовании 219 мужчин, что нормальная сперма имела место только в 41%, олигоспермия в 30,5%, некроспермия в 13,2% и азооспермия в 15,3%. Что же касается Рн влагалищных и шеечных выделений, то здесь не удалось отметить значительных отклонений от нормы.

Вопросам консервативного лечения физическими методами посвящена работа Микеладзе (1936 г.), в которой он сообщил о 40% восстановления проходимости фаллопиевых труб при лечении диатер-

мией, ионофорезом и грязелечением; впоследствии он наблюдал в 16 случаях наступление беременности.

В 1940 г. Микеладзе предложил свою модификацию прибора для продувания фаллопиевых труб. Его прибор позволяет одному человеку, без ассистентов, производить пертубацию, пользуясь педалями для нагнетания воздуха и одновременно 2 фонендоскопами выслушивать трубный звук. Впрочем следует заметить, что Мандельштам, пользуясь самодержащим зеркалом *Trelat*, также проводит пертубацию без ассистентов.

Вопросу искусственного оплодотворения при лечении некоторых форм бесплодия посвящена работа Майзеля (1946 г.) Автор наблюдал наступление беременности после искусственного осеменения в 10%.

В 1945 г. С. А. Ягуновым на пленуме по родовспоможению при Министерстве Здравоохранения СССР был сделан доклад об организации в женских консультациях кабинетов по диагностике и лечению бесплодия.

В 1946 г. им же выполнена работа, трактующая об организации и методике диагностики и лечения бесплодия в системе женских консультаций.

Методам функциональной диагностики при бесплодии посвящена работа Мандельштама (1946 г.), в которой подчеркивается диагностическое значение трубных кимограмм в течение отдельных фаз месяца и метросальпингографии; большое значение придается им определению тонуса мускулатуры матки с помощью метрограмм, что позволяет отчасти судить о функциональном воздействии яичников на матку, им фиксируется внимание на аномалиях овариальной деятельности («ановуляторные месячные»), на изменениях эндометрия и др.

Резюмируя все вышеизложенное, следует отметить, что в настоящее время причина бесплодия усматривается нами не только в грубых объективных изменениях, улавливаемых обычным гинекологическим исследованием, но и в целом ряде функциональных изменений в половом аппарате и в нарушении плюригландулярно-гормонального равновесия в организме женщины (гипофиз, щитовидная железа, яичник). В целях изучения функционального состояния фаллопиевых труб в институте применяется исследование состояния фаллопиевых труб с кимографической записью, позволяющей получить трубные кимограммы (Ягунов, Старцева, Майзель). Для суждения о функциональном состоянии яичников (функциональная недостаточность желтого тела, установление ановуляторных месячных и др.) производится пробное выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба. Так как яичники регулируют содержание гликогена в эпителии влагалища, то на основании характеристики влагалищной флоры мы судим также о функции яичников. Немаловажное значение мы придаем содержанию витамина «С» и «Е».

Бесплодие может быть обусловлено заболеваниями тяжелой формой диабета, базедовой болезнью, Адиссоновой болезнью, туберкулезом, сифилисом, нефритом и др.

В связи с расширением наших представлений о причинных факторах бесплодия, терапия бесплодия отошла от эмпирических методов к рационально каузальным.

При установлении непроходимости труб применяется консервативная терапия физическими методами (диатермия, ионофорез, УВЧ, грязелечение и др.); при отрицательном эффекте от указанной терапии с согласия больной применяются хирургические методы лечения (сальпингостоматопластика и имплантация труб).

При отсутствии объективных изменений в половой сфере исследуется функциональное состояние яичников и в зависимости от выявленных изменений проводится лечение эндокринными препаратами, регулирующими функцию яичников. Лечение соответствующими эндокринными препаратами проводится и при выявленном нарушении функции гипофиза и щитовидной железы.

Сравнивая взгляды на причинные факторы бесплодия и методы диагностики и лечения бесплодия за отчетный период, мы видим значительный прогресс в этом чрезвычайно интересном и животрепещущем разделе гинекологии. Значительная роль в полученных успехах принадлежит Мандельштаму и Ягунову, который, продолжая физиологическое направление Отта в гинекологии, развивал методы функциональной диагностики. Особенного развития достигло у нас изучение проблемы бесплодия после Октябрьской революции.

После Великой Отечественной войны вопросы популяционной политики приобрели особенное значение и делают проблему бесплодия весьма актуальной, требующей еще более глубокого научного изучения и широкого внедрения в практику новейших достижений науки как в области диагностики, так и терапии (лечение гормонами, витаминами) в комбинации с физическими методами; усовершенствование оперативного лечения и др. Активная работа научных сотрудников ЦИАГ и достигнутые ими успехи в этом вопросе дают уверенность в том, что проблема бесплодия будет в непродолжительном времени успешно разрешена.

Ст. научн. сотр. П. А. ЗАГВАЗДИН

Внематочная беременность

Как видно из отчета, посвященного деятельности института за 100 лет, до 1844 г., случаев внематочной беременности зарегистрировано в институте не было; за отрезок времени с 1844 по 1862 г. упоминается лишь о двух случаях заматочной кровяной опухоли.

С 1872 по 1890 г., судя по архивным материалам, больных с внематочной беременностью в институт не поступало.

Только с 1890 г. наблюдается постепенный рост числа больных женщин, принятых в институт с диагнозом „внематочная беременность“. К 1897 г. количество случаев внематочной беременности равнялось уже 87. Эта высокая цифра случаев внематочной беременности с 1890 по 1897 г. может быть частично объяснена тем, что в клинику проф. Отта, который в то время специально интересовался вопросом об эктопической беременности, усиленно направлялись больные другими врачами (Белугин). Таким образом, можно считать, что Акушерско-гинекологический институт начал систематический прием больных с эктопической беременностью только с 1890 г.

Всего по 1946 г. включительно через акушерскую и гинекологическую клиники института прошло 1129 больных женщин с внематочной беременностью. По годам они распределялись следующим образом:

1844—1897 год	89 женщин
1898—1902	52
1903—1907	92
1908—1912	111
1913—1916	98
1917—1921	64
1922—1926	150
1927—1931	112
1932—1936	166
1937—1941	135
1945—1946	60

Всего . . . 1129 женщин

Увеличение числа случаев внематочной беременности в последнее время объясняется, однако, не фактическим ростом этого тяжелого осложнения беременности вообще, а постепенным увеличением гинекологических коек в институте. Так, в 1895 г. институт имел 6 гинекологических коек, в дальнейшем количество их непрерывно увеличивалось, и в 1946 г. институт располагает 110 койками (оперативное и неоперативное гинекологическое отделение).

Однако некоторые авторы отмечают в своих работах действительное увеличение частоты случаев эктопической беременности, в особенности за последние 10—15 лет (Мандельштам).

По Левиту, до 1914 г. приходилось на 1000 нормальных родов 3 случая эктопической беременности, а после 1914 г.—14 случаев.

По возрасту больные распределялись:

до 20 лет	30 женщин
от 21—25 лет	218 "
" 26—30 "	420 "
" 31—35 "	345 "
" 36—40 "	101 "
" 41—45 "	15 "

Таким образом, наибольшее количество внематочных беременностей падает на возраст от 26 до 35 лет (773 случая — 60,4%).

Правосторонняя внематочная беременность имела место в 50,2% случаев и левосторонняя — в 42,8%, в 7% случаев не было указаний, в какой трубе развивалась беременность.

Из 1129 случаев внематочной беременности последняя наблюдалась у 13 женщин в свободной брюшной полости (11 случаев описаны Кипарским, 2 случая Козинским). Тубоовариальная беременность встретилась в 8 случаях (Канегиссер); в интрамуральной части трубы и в рудиментарном роге матки беременность встретилась в 12 случаях; в истмической части трубы — в 46%, в ампулярном конце трубы — в 38% случаев. В остальных случаях в историях болезни не была указана локализация беременности.

По Белугину, эктопическая беременность наступила в 20,8% случаев в первые пять лет после замужества, в 40,7% — в последующее пятилетие и в 39% — после 10 лет супружеской жизни (на 162 случая внематочной беременности).

На 162 случая внематочной беременности (1912—1921 гг.) предшествовавшим бесплодием страдали 36% женщин.

Из сказанного явствует, что в анамнезе больных женщин с внематочной беременностью первичное и вторичное бесплодие занимают значительное место (в 45% случаев в среднем). Повторная внематочная беременность, по Сержникову, за период времени 1904—1907 гг. встретилась на 71 случай в 2,8%. По отчету же Белугина за 1912—1921 гг. в 8,2% случаев.

Из 1129 женщин с внематочной беременностью было оперировано 992. Лечилось консервативно 137. Эти случаи касались регрессирую-

щих форм рано прервавшейся внематочной беременности с явной склонностью к рассасыванию продуктов беременности.

Оперировано в срочном порядке 508 женщин, поступивших с явлениями острого малокровия в шоковом состоянии, что составляет к общему количеству случаев внематочной беременности, наблюдавшихся в институте, — 45%, а к количеству оперированных 51,2%. Оперировано после некоторого выжидания 454 женщины или 44,1%.

На 992 операции, предпринятые по поводу внематочной беременности, в 59% случаев был констатирован трубный аборт, в 30% беременность прервалась по типу разрыва трубы, в 11% характер прерывания беременности не установлен.

В 13,2% при операциях наблюдалась „замочная кровяная опухоль“, в 26,4% — околотрубная кровяная опухоль, в 20,4% гематосальпинкс, в 10% — замочная кровяная опухоль и околотрубная кровяная опухоль и в 30% в брюшной полости была обнаружена свежая жидкая кровь или с некоторым количеством сгустков. Таким образом, в 30% случаев больные с внематочной беременностью поступили в институт вскоре после инсульта или перенесли первый инсульт в клинике, и в 70% случаев — в разные сроки после первого или последующих инсультов.

Касаясь вопроса этиологии внематочной беременности, необходимо сказать, что причина возникновения ее, а также многое в учении о ней до сих пор не вполне ясны.

Наиболее подробно разработанные истории болезни за последние 50 лет и данные, полученные при операциях, показывают, что:

1. Старые воспалительные процессы в придатках в виде более или менее обширных прочных спаек после абортот и пугерпальных заболеваний (на основании анамнестических данных) были найдены в 61,2%.

2. Гонорройная инфекция в анамнезе играла второстепенную роль (по данным Левита, на 154 случая внематочной беременности она имела место в 9%, по данным Белугина — на 162 случая лишь в 2,6% случаев).

3. Гипопластическое состояние труб по Левиту было найдено в 6%. По отчету Белугина, на 162 случая внематочной беременности ясных признаков инфантилизма труб не было констатировано ни разу.

4. Новообразования встретились на разбираемом материале в 11,8% случаев (кисты яичников, фибромиомы); мелкокистозное перерождение яичников на материале Белугина было найдено в 9,3% случаев (на 162 внематочных беременностей).

Впрыскивание в полость матки иодной настойки с целью предохранения от беременности, по материалу Левита, отмечено в 6% случаев внематочной беременности.

Таким образом превалирующим моментом, способствовавшим имплантации оплодотворенного яйца в трубу, на нашем материале следует считать механические препятствия в трубах, возникшие в большинстве случаев после воспалительных процессов в пугерперии и после абортот.

Исследования проф. Мандельштама по выяснению причин бесплодия после искусственных аборт (легальных) на материале более 600 случаев убедили его в том, что аборты являются одной из важных причин как бесплодия, так и последующей эктопической беременности (установлена непроходимость фаллопиевых труб).

Нарушение функционального состояния труб при гипоплазии полового аппарата в некотором проценте случаев является фактором, способствующим возникновению эктопической беременности. По Мандельштаму, на 187 случаев бесплодия при нормальной проходимости труб в последующем после продувания труб возникла внутриматочная беременность в 12 случаях, а на 28 случаев с затрудненной проходимостью — только в 2 случаях, и то внематочная.

Изучение функционального состояния мышц матки и труб методом метросальпингографии позволило установить частоту спазма круговых сфинктеров в углах матки, а также нарушения нормальной перистальтики труб, могущие препятствовать свободному продвижению оплодотворенного яйца в полость матки. Имеются веские данные, позволяющие предполагать, что до 30% случаев возникновения внематочной беременности без каких-либо изменений воспалительного характера в придатках падают на случаи гипоплазии труб, с одной стороны, и функциональной патологии их — с другой.

Что касается диагностики внематочной беременности, то до 1900 г. основное внимание обращалось на анамнестические данные: задержку месячных, перенесенные ранее воспалительные заболевания, пуэрперальные септические заболевания половой сферы, бывшую ранее внематочную беременность, на продолжительное бесплодие. Фиксировалось внимание на различных недочетах в состоянии половых органов, выразившихся в самопроизвольных выкидышах, преждевременных родах, в неправильном прикреплении плаценты. Таким образом, тщательно собиравшийся анамнез давал возможность ставить предположительный диагноз свежеспрервавшейся беременности или находившейся в регрессирующей стадии, когда больная поступала в клинику без выраженных объективных симптомов и когда нарушение беременности прошло незамеченным.

Для выяснения диагноза внематочной беременности принимались во внимание жалобы больных, характерные для внутреннего кровотечения, а также жалобы на длительное непрекращающееся кровотечение, на боли внизу живота, отдающие в паховую область той или иной стороны, и дизурические явления (Сережников).

За период времени с 1921 по 1946 г. из 653 больных с внематочной беременностью обмороки отмечены у 300 женщин, что составляет 45,1%. Предъявили жалобы на боли внизу живота 156 больных или 24%. Задержка месячных от 2 до 9 недель отмечена за этот период времени у 520 женщин, что составляет около 80%. На кровотечение жаловались 327 женщин или 50%. В 15—20% симптомы заболевания были нехарактерны.

Из дополнительных методов исследования изредка пользовались исследованием соскобов эндометрия для исключения главным обра-

зом маточного аборта. Наличие децидуальной ткани и отсутствие ворсин хориона являлись признаком внематочной беременности (Улезко-Строганова). Упоминаются в отдельных случаях такие методы исследования, как зондирование полости матки и пальцевое обследование ее. Остановившись на данных вагинального исследования, необходимо сказать, что последнее производилось неоднократно с целью наблюдения за изменениями в придатках — увеличение или уменьшение их. Пункция через задний свод производилась довольно редко при окончательном исследовании и обязательно под наркозом (Драницы).

Судя по данным Белугина (1912—1921 гг.), пункция была применена на 240 случаев внематочной беременности только 8 раз. На 653 случая же в более позднем периоде (1922—1946 гг.) пункция заднего свода применялась 138 раз, т. е. в 21,1% случаев.

Пробному проколу через задний свод мы придаем важное значение, как вспомогательному методу диагностики прервавшейся эктопической беременности. Пункция заднего свода имеет большое значение в дифференциальной диагностике между внематочной беременностью и воспалительными заболеваниями придатков. Однако отрицательный результат пункции далеко не всегда позволяет исключить прервавшуюся внематочную беременность (трубный аборт, гематосальпинкс, кровяная опухоль впереди матки и пр.). Знакомство с этими фактами при учете всей клинической картины случая прервавшейся эктопической беременности имеет громадное значение (Мандельштам).

В отчете Белугина упоминается о реакции Абдергальдена как биолого-химическом методе исследования, примененном дважды для диагностики прервавшейся беременности с положительным результатом в обоих случаях. Но ввиду сложности методики и большого числа источников для ошибок реакция Абдергальдена была заменена в дальнейшем более простой реакцией.

С 1924 г. в институте стали пользоваться этой реакцией в качестве дополнительного метода диагностики ранних сроков беременности как нормальной внутриматочной, так и прервавшейся внематочной. Проф. Мандельштам в 1926 г. на VII съезде акушеро-гинекологов выступил с докладом о ценности реакции, примененной в 17 случаях при беременности самых ранних сроков с резко положительным результатом у 16 беременных.

Большое внимание уделялось отхождению децидуальной оболочки. В дальнейшем, после 20-х годов текущего столетия, помимо всех перечисленных методов исследования, для уточнения диагноза прервавшейся внематочной беременности учитывался френекус-симптом (лопаточно-плечевая боль), который мог быть наблюдаем в 10% случаев трубного аборта.

В эти же годы нашла себе применение в диагностике внематочной беременности реакция Фарейуса (РОЭ).

При неинфицированной внематочной беременности реакция Фарейуса ускорена (в среднем $=\frac{3}{4}-1\frac{1}{2}$ часа); при трубных абортах, а также при разрывах трубы реакция Фарейуса несколько превышает

$\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ часа, кроме случаев, сопровождающихся обильным внутренним кровотечением, при котором реакция Фареуса может достигать 10 минут. В этих случаях общая клиническая картина позволяет в большинстве случаев исключить острый воспалительный процесс в придатках (Мандельштам).

Применялась также реакция на гематин в сыворотке крови — так называемая пирамидоновая проба (Мандельштам, Антошина, Егоров). Сущность этой реакции заключается в определении гематинемии, появляющейся при внутренних кровотечениях на почве распада эритроцитов. Гематин поступает в сыворотку крови, где и может быть обнаружен.

Около 30-х годов в институте широко стали применять биологическую реакцию Ашгейм-Цондека, дающую, в случаях свежее прервавшейся внематочной беременности (давностью не свыше 10 дней), даже при отсутствии других симптомов, в большинстве случаев (около 90%) подтверждение диагноза. Сущность реакции заключается в определении в моче беременной повышенного содержания пролана.

Различают три вида реакции яичника на пролан:

- 1-я реакция — созревание фолликулов,
- 2-я реакция — кровоизлияние в фолликулы,
- 3-я реакция — образование желтых тел.

При прекращении беременности реакция Ашгейм-Цондека может оставаться положительной еще в течение 7—10 дней, что позволяет диагностировать не только прогрессирующую, но и прервавшуюся беременность. При прервавшейся внематочной беременности первая реакция дольше держится положительной, чем при обычном выкидыше (плодное яйцо при прервавшейся эктопической беременности остается в организме).

Касаясь вопроса о терапии внематочной беременности, необходимо отметить, что взгляды на лечение этого заболевания неоднократно дискутировались. Если терапия прогрессирующей внематочной беременности оперативным путем с давних пор стала общепризнанной, то этого нельзя сказать в отношении прервавшейся внематочной беременности.

Так, по материалам Николаева, до 1907 г. на 173 случая трубной беременности консервативно выжидательно было проведено 42 случая (24,2%), за период времени с 1912 по 1921 г.; по данным Белугина и Сережникова, из 162 случаев эктопической беременности лечилось консервативно 17 (10,5%), по Левиту — 1921—1926 гг. — из 154 женщин с внематочной беременностью не оперировалось 20 (12,9%), и, наконец, за период с 1926 по 1946 г. из 483 больных не подвергалось операции только 45 женщин или 9,4%. Таким образом, процент случаев внематочной беременности, проведенных консервативно с 1890 по 1946 г. снизился с 24,2% до 9,4%. Видна ясная тенденция к активному вмешательству в терапии прервавшейся внематочной беременности.

Методика оперативных вмешательств при внематочной беременности на протяжении лет значительно варьировалась.

В 1890—1893 гг. проф. Отт категорически высказывался за брюшностеночное чревосечение, как за способ наиболее целесообразный, дающий возможность удалить все остатки плодного яйца, гематому и ее капсулу. Однако в дальнейшем, с введением в практику осветительных зеркал проф. Отта, начинает приобретать преимущества, как наиболее бережный и менее опасный путь, — влагалищный. С точки зрения проф. Отта оперирование внематочной беременности через влагалище путем задней кольпотомии давало возможность сохранить принцип радикализма, а в некоторых случаях проявить и разумный консерватизм в отношении сохранения трубы. Кроме того, пропагандируя этот способ, проф. Отт базировался на удобстве дренирования и контроля послеоперационного кровотечения ввиду близости продуктов беременности и трубы к заднему своду. Освещение операционного поля позволяло также под контролем глаза опорожнить гематому, удалить капсулу заматочной кровяной опухоли, давало возможность манипулировать на трубе (выскабливание ее через абдоминальный конец или через разрыв с последующим швом) (Преображенский, Якобсон, Соболев).

Как видно из материала Преображенского, до 1903 г. процент влагалищных операций при эктопической прервавшейся беременности достигал 64,2%, а за период 1903—1907 гг. снизился до 37,5%. В дальнейшем с 1908 по 1921 г. этот процент упал до 18,2. Отмечается таким образом неуклонное падение количества кольпотомий при прервавшейся эктопической беременности.

Наоборот, количество лапаротомий соответственно растет с тем, чтобы после 1922—1923 гг. занять господствующее положение как метод радикальный, позволяющий тщательно осмотреть всю брюшную полость и поступить соответственно тем изменениям во внутренних половых органах, которые имеют место в каждом отдельном случае.

Разумный консерватизм в деле хирургического лечения внематочной беременности, проводимый проф. Оттом с 1903 г., выразился в сохранении, где это было возможно, беременной трубы.

Исходя из наблюдений над механизмом аборта, Отт предложил при трубном аборте, после удаления плодного яйца из расширенного ампулярного конца трубы, выскабливать последнюю, но не удалять ее. Проф. Отт рекомендовал также в ряде случаев вскрывать трубу продольным разрезом при наличии гематосальпинкса, удалять плодное яйцо и зашивать трубу узловатыми кетгутовыми швами. Так, за 1904—1907 гг. было произведено выскабливание трубы (на 71 случай внематочной беременности) 5 раз через абдоминальный конец, 1 раз через разрыв трубы, удаление плодного яйца через разрез трубы 2 раза, частичная резекция трубы 7 раз. Таким образом, всего консервативные операции на трубе через влагалище были произведены у 15 женщин, что составляет 21,2%. Нужно отметить, что

эволюция взглядов в сторону разумного консерватизма на этом не остановилась.

Проф. Кипарский и Мандельштам положили в основу терапии прервавшейся эктопической беременности максимально бережное отношение к трубе и яичнику. Этот консерватизм выразился в таких операциях, как резекция дистальной части трубы с стомато-пластикой, резекция медиального отрезка с пересадкой здоровой части трубы в матку, ретроградное продувание трубы на здоровой стороне и целый ряд комбинированных сопутствующих операций на матке, трубах и яичниках, являющихся в то же время операциями профилактическими в отношении повторной внематочной беременности.

Пройодимость маточного конца трубы при трубной беременности является одним из важных доводов в пользу максимального консерватизма при операциях по поводу нарушенной эктопической беременности (Мандельштам). Показанием к частичной резекции трубы при прервавшейся трубной беременности, по Мандельштаму, является проходимость маточного конца трубы, установленная путем ретроградного продувания ее. При беременности в истмическом отделе трубы нормальным остается дистальный конец. В последнем случае Кипарским, а затем Мандельштамом стала производиться операция резекции большого участка трубы с иссечением его из маточного угла и пересадкой дистального конца в матку. В подтверждение того, что труба после внематочной беременности может в дальнейшем нормально функционировать, проф. Мандельштам приводит 2 наблюдавшихся им случая наступления нормальной беременности: в первом случае после резекции дистальной части беременной трубы у больной, дважды перенесшей внематочную беременность (первый раз труба удалена была полностью, а второй — другая труба была резецирована), в другом случае после иссечения истмической части беременной трубы и вшивания дистальной половины трубы в матку.

При оперативном лечении прервавшейся внематочной беременности Кипарским и Мандельштамом выполняемы были коррегирующие матку операции при наличии ретроверзии по Латцко, иногда по Дартиг-Вебстеру. Эффективность методов терапии прервавшейся внематочной беременности по периодам — по летальности иллюстрируется нижеприведенной таблицей.

Заканчивая общий обзор терапии внематочной беременности за 100 последних лет в разрезе эволюции взглядов, нельзя пройти мимо такого вспомогательного метода, как предложенное Оттом в 80-х годах вливание в вену физиологического раствора или трансфузия крови в настоящее время. Последняя вошла в арсенал незаменимых мероприятий, применяемых во всех случаях больших внутренних кровотечений. Для профилактики осложнений в послеоперационном периоде мы вливали к концу чревосечения в брюшную полость эфир (до 1928 г.), риванол (после 1928 г.) или всыпаем в нее стрептоцид (начиная с 1937 г.), при нагноившейся прервавшейся внематочной

Промежуток времени	Метод лечения					
	Консервативно-выжидательный		Влагалищное чревосечение		Брюшностеночное чревосечение	
	% к общему числу	% летальности	% к общему числу	% летальности	% к общему числу	% летальности
1890—1897 гг.	42,5	0	1,1	0	56,4	5
1898—1902 гг.	38,4	0	25,1	0	36,5	4
1903—1907 гг.	14,1	0	64,2	0	21,7	1
1908—1912 гг.	10,8	0	57,7	0	31,5	1
1913—1917 гг.	5,3	0	41,3	0	53,4	0,8
1921—1926 гг.	3,5	0	18,3	0	78,2	0,5
1927—1934 гг.	4,4	0	—	—	95,6	0,6
1935—1946 гг.	3,2	0	—	—	96,8	0,3

беременности мы производим заднюю кольпотомию с последующим дренированием брюшной полости через проделанное отверстие.

Для иллюстрации консервативного направления в хирургическом лечении прервавшейся внематочной беременности приводим наш материал за последние 20 лет.

На 473 чревосечения, предпринятые по поводу внематочной беременности за последние 20 лет (за вычетом второй половины 1941 г., 1942, 1943 и 1944 гг.) произведено:

Полное удаление беременной трубы с оставлением здоровой	220	раз
Удаление одной трубы и частичная резекция второй	51	"
Частичная резекция одной трубы и односторонняя сальпингостоматопластика	94	"
Пересадка части беременной трубы в матку	10	"
Пересадка обеих труб	8	"
Двусторонняя сальпингостоматопластика	4	"
Вентросуспензия матки по различным методам	15	"

Таким образом консервативных операций на трубах было произведено 167, вторая труба сохраняется во всех случаях, где она не представляет серьезных изменений, в особенности у бесплодных женщин, стремящихся иметь потомство. По нашим данным, последующая нормальная беременность после перенесенной внематочной наступала в шесть раз чаще, чем рецидив, т. е. повторение эктопической беременности в другой трубе (Мандельштам), что вполне оправдывает наше принципиально отрицательное отношение к рекомендованному некоторыми клиницистами профилактическому попутному удалению небеременной трубы.

Ст. научн. сотр. С. М. БЕКБЕР

Опухоли яичников

Первые сведения о характере оперативного лечения кист яичников в Повивальном институте мы находим в медицинском отчете д-ра Гугенбергера за 1845—1859 гг.

В нем указано, что за это время находилось на излечении 13 больных с опухолями яичников, из коих две «получили временное облегчение благодаря пункции», а остальные или погибли или выписались без изменений состояния здоровья.

Таким образом первым хирургическим методом лечения кист яичников, нашедшим себе применение в институте, была пункция опухоли с опорожнением ее содержимого.

Этот древнейший способ лечения яичниковых кист, описанный в 1775 г. Callisen, в дальнейшем долго практиковался в стенах института. Так, в диссертации Шеллоумова, относящейся к 1897 г., мы находим подробное перечисление показаний к применению влагалищной пункции с целью лечения интралигаментарно расположенных кист. Любопытно, что пункция рекомендуется «за день до производства операции при кистах большой величины, чтобы избежать во время операции быстрого опорожнения ея».

Наряду с пункцией кисты, в отдельных случаях, производился разрез ее через влагалище, в частности при нагноении опухоли.

Впервые овариотомия в Повивальном институте была произведена в 1884 г. и связана с именем д-ра Д. О. Отта. За два года (1884—1886 гг.) он проделал 6 овариотомий, с 2 смертельными исходами (Матвеев).

Нужно отметить, что для того времени операция овариотомии была новшеством, требующим от оператора большого мужества.

Хотя она была известна с 1809 г. (McDowell), но еще в 60-х годах XIX столетия имела большое число противников в среде

виднейших хирургов. Врачей, занимавшихся овариотомией, называли «мясниками» (Rob. Lee—Англия), а само вмешательство «отвратительной операцией» (Velpeau—Франция).

Большой процент послеоперационной смертности в эту долистеровскую эпоху был главным аргументом противников овариотомии.

В России, если не считать неудачных попыток Галензовского (1827 г.), Ванцетти (1848 г.) и Гартмана (1849 г.), первая овариотомия с благоприятным исходом была произведена в Петербурге Крассовским в 1862 году. Матвеев к 1886 г. собрал по всей России 762 случая операций овариотомий, давших 30,1% смертности. Главной причиной смерти был перитонит (62%). Показания и противопоказания к этой операции еще не были четко сформулированы. Вместе с тем мы находим указание, что «беременность не считают абсолютным противопоказанием для овариотомии, а, напротив в некоторых случаях есть прямая индикация для последней» (Матвеев).

Операция производилась путем чревосечения. Если опухоль была велика, предварительно опорожнялась троакар. Опасение нагноения и последующего кровотечения заставляло хирургов уделять большое внимание уходу за ножкой опухоли, которая или погружалась в брюшную полость или вшивалась в брюшностеночную рану. Перитонизация культи не практиковалась.

Диагностика кист яичников была основана на данных анамнеза, наружной пальпации, двуручного исследования, измерения окружности живота, аускультации последнего, зондирования полости матки, пункции опухоли, исследования с приподнятым тазом, применения приемов Schultze (оттягивание опухоли кверху) и Hegar (оттягивание матки с помощью пулевых щипцов). В неясных случаях исследование производилось под наркозом.

Вступление в число сотрудников Повивального института доктора Отта, ставшего, после смерти Баландина, его директором (1893 г.), обусловило наступление нового периода в жизни этого учреждения. Будучи высокообразованным врачом, Отт начал смело внедрять в гинекологическую практику хирургические методы лечения, проявляя лично большую инициативу.

Еще в 1885 г. он, одним из первых хирургов России, производит двустороннюю овариотомию, а в 1896 г. впервые удаляет полностью межсвязочную кисту. Большой заслугой Отта является разработка метода влагалищной овариотомии, предложенного в 1859 г. американским хирургом Atlee и в дальнейшем забытого. В 1894 г. Отт публикуя «Краткий обзор 204 чревосечений», сообщает о 2 своих принципах хирургической работы:

1. Наилучшим образом использовать риск, которому подвергается больная при операции.

2. Поставить своей задачей «сохраняющую хирургию».

Эти два принципа определили направление оперативной работы Повивального института, заложив основы «школы Отта».

Вопросу хирургического лечения кист яичников как Оттом, так.

и его учениками уделялось большое внимание. Появился ряд печатных работ.

В упомянутом выше «Обзоре 204 чревосечений» сообщается о результатах лечения 96 случаев доброкачественных и злокачественных кист яичников. Все они были удалены путем чревосечения, погибло 7 человек, лихорадило в послеоперационном периоде 52,1%.

В этой работе Отт рекомендует внутрибрюшинный способ ухода за ножкой кисты. В случаях, когда киста была инфицирована и удалить вполне пораженные ткани не удавалось, а также при нарушении целостности брюшины на большом протяжении, он советовал применять капиллярный марлевый дренаж брюшной полости через задний дуглас.

В 1897 г. Шелоумов подводит итоги оперативного удаления 20 кист яичников и паровариальных кист, произведенного Оттом через влагалище, за период времени с 1895 по 1897 г. Все больные поправились. Особенностью оперативной техники было удаление опухоли почти во всех случаях (в 18 из 20) через разрез в заднем своде, причем матка во влагалище не выводилась, а оставалась на месте, что являлось нововведением.

Большим новшеством было также применение при влагалищных операциях освещения брюшной полости электрической лампочкой с рефлектором. Прибор укреплялся на лбу оператора или монтировался на влагалищном зеркале, или вводился в брюшную полость с помощью специальной рукоятки.

К этому времени мы находим в медицинском отчете д-ра Канегиссера (1893—1897 гг.) указание о применении с целью диагностики ректального исследования, а также сведения о 10 случаях пункции опухоли с целью распознавания заболевания.

В 1903 г. Якобсон опубликовал результаты оперативного лечения 126 случаев поражений придатков (главным образом, их новообразований). Во всех случаях операция была сделана путем влагалищного чревосечения, причем главным образом была применена задняя кольпотомия. Умерла 1 больная от перитонита. В послеоперационном периоде только в 52 случаях было отмечено безлихорадочное течение. В 45 случаях имело место повышение температуры от 1 до 4 дней и в 29 случаях наступило лихорадочное заболевание, зависевшее в 22 случаях от поражения половой сферы.

Заслуживает внимания вывод автора, что «злокачественные новообразования могут быть удаляемы этим путем, когда величина их позволяет надеяться, что они могут быть извлечены целиком» (Якобсон).

Интересные данные сообщает Сяноженский (1904 г.) в своей диссертации, посвященной хирургическому лечению интралигаментарных кист. Автор собрал 235 операций, произведенных в институте; наступивший в 10,9% летальный исход в основном был обусловлен перитонитом.

В этой работе мы находим ясные указания о применении в институте перитонизации. При значительных обнажениях брюшного покрова, — пишет Сяноженский, — «следует применять пластику

брюшины там, где это не сопряжено с большой потерей времени». Он также указывает на возможность вылуцения кисты и призывает к «рациональному хирургическому» вмешательству.

Консервативное хирургическое направление нашло свое отражение в сообщении Якобсона (1911 г.) о результатах лечения 29 больных с новообразованиями яичников и 53 больных с воспалительными опухолями придатков матки, оперированных под руководством и при участии Отта за 3½ года (1904—1907 гг.) Применялась резекция яичника и удаление одного яичника при сохранении другого. При наличии мелкокистозных изменений яичника производилась пункция кист и выжигание их Пакеленом. Всего за указанное время было сделано 94 консервативных операции на трубах и яичниках.

Большой материал по лечению новообразований яичников и паровария собрал Сережников, опубликовавший (1913 г.) результаты хирургического вмешательства за 1904—1907 гг. Было оперировано 188 больных, из них 101 брюшностеночным и 87 — влагалищным путем. Умерло из первой группы 16 (15,8%) и из второй 1 (1,15%)

Данные Сережникова представляют интерес во многих отношениях. Прежде всего, здесь впервые мы видели, что перитонит при брюшностеночном чревосечении не являлся основной причиной послеоперационного летального исхода (погибло от перитонита 6 человек из 17).

Влагалищный метод оперирования дал смертность в 14 раз меньшую, чем брюшностеночный. Продолжал, и довольно широко, применяться капиллярный дренаж со стоком во влагалище (34% всех операций). В числе 32 случаев, где была произведена кастрация, в 6 случаях она была сделана «при обширных сращениях в малом тазу, для создания хорошего оттока во влагалище».

Вопросу овариотомии при беременности посвящены работы Ярцева (1905 г.) и Коробкова (1910 г.).

Ярцев описывает 16 случаев кисты яичника, сочетавшейся с беременностью сроком от 2 до 9 месяцев, оперированных в институте. В 10 случаях операция была сделана брюшностеночным путем (причем в 1 случае на 4-й день после аборта). Во всех случаях наступило выздоровление. В одном случае овариотомия была двусторонней. Прерывания беременности в этих случаях не наблюдалось. 6 больных были оперированы Оттом влагалищным путем. Летальный исход имел место в 1 случае, через 3—4 месяца после операции, при явлениях непроходимости кишок и перитонита. Нарушение беременности имело место в 2 случаях. В своих выводах Ярцев указывает на необходимость возможно раннего удаления кисты при беременности.

Коробков разбирает 12 случаев, где беременность сочеталась с наличием кисты яичника. Во всех случаях операция произведена влагалищным путем. Одна больная погибла от септического перитонита, в 2 случаях беременность прервалась.

Оба автора, Ярцев и Коробков, пропагандируют влагалищный метод оперирования, как более бережный и менее травмирующий. Он не дает сращений между маткой и брюшной стенкой,

не травмирует матки и брюшины, не нарушает целости брюшного пресса, применим при всех сроках беременности, роды при сохранении (подчеркнуто нами — С. Б.) беременности протекают без всяких осложнений.

Взгляды Отта и его учеников на хирургическое лечение кист яичников резюмированы в работе Якобсона «Овариотомия», являющейся главой крупнейшего труда Повивального института «Руководство по оперативной гинекологии» (1914 г.). Оно отражает опыт 30-летнего хирургического лечения яичников кист в институте.

«Раз распознана киста яичника — это уже служит показанием к оперативному ее удалению» — это принципиальное положение. Указывается далее на необходимость двустороннего удаления яичников при поражении одного злокачественным процессом. Влагищный метод оперирования путем кольпотомии предпочитается брюшностеночному. В указанной работе приводятся следующие ближайшие результаты оперативного лечения опухолей яичников.

На 876 брюшностеночных операций смертность была в 10,5%. Из них 39 больных погибли от септического процесса, 30 — при наличии злокачественного процесса, от кахексии и перехода злокачественного процесса на другие органы брюшной полости. В остальных случаях смерть последовала от разных других причин (пневмония, болезнь сердца, уремия и др.).

На 530 оперированных влагищным путем умерло 7 или 1,3%.

На 36 случаев овариотомии при беременности последняя прервалась в 4 случаях.

Абсолютным противопоказанием к оперативному лечению считаются тяжелые расстройства важных для жизни органов, грозящие в близком будущем летальным исходом.

Из деталей оперативной техники заслуживают внимания следующие моменты: при больших плотных опухолях, с целью облегчения выведения их из брюшной полости, рекомендуется кускование, перед чрезосечением во влагище вводится иодоформенный тампон, приподнимающий внутренние отделы полового аппарата и делающий последние более доступными для операции. Кроме того этим достигается «сохранение канала асептичным». При перекрученных кистах, перед перевязкой ножки — нужно ее раскрутить.

Рекомендуется при влагищной операции задняя кольпотомия.

Передняя кольпотомия оставляется для случаев, когда опухоль фиксирована в переднем своде и не смещается даже под наркозом в задний дуглас, а также там, где необходимо, кроме того, вмешательство на матке и круглых связках.

Что касается диагностики кист яичников, то в работе Якобсона перечисляются те методы, о которых мы уже упоминали.

Таким образом, подводя итоги хирургического лечения опухолей яичников в Повивальном институте в период деятельности Отта, мы видим, какие большие сдвиги произошли за это время.

Оперативное лечение стало радикальным. Вместо пункции и расчленения опухоли была внедрена в практику овариотомия. Операции

совершаются с соблюдением правил асептики, производится перитонизация. Разрабатывается и широко применяется влагалищный метод оперирования. По мере накопления опыта устанавливаются определенные показания и противопоказания к оперативному вмешательству. Руководящим принципом лечения кист яичников является оперативное удаление всякой диагностированной опухоли яичника, с соблюдением максимального рационального консерватизма.

Увеличивается число больных оперативно леченных и значительно снижается процент смертности (с 30,1% в 1886 г. до 10,5% при брюшностеночном и 1,3% — при влагалищном способах вмешательства в 1914 г.). В числе причин смерти удельный вес перитонита значительно снижается.

Великая Октябрьская социалистическая революция превратила Императорский клинический повивальный институт во Всесоюзный центральный институт акушерства и гинекологии. Во главе хирургической клиники, после кратковременного руководства Преображенского и Тавилдарова, по окончании гражданской войны стал профессор Р. В. Кипарский, продолживший традиции своего учителя Д. О. Отта. В полной мере сохраняется установленный последним принцип «сохраняющей хирургии». Вместе с тем, с развитием оперативной техники, влагалищный метод удаления опухолей яичников заменяется в большинстве случаев брюшностеночным. Большое значение придается строгому соблюдению всех правил асептики, бережному отношению к тканям во время операции, самой тщательной перитонизации. В сомнительных в отношении инфекции случаях в брюшную полость перед ее зашиванием вливается эфир или риванол. Пункция кисты как диагностический прием совершенно оставляется. Вместо шелка при наложении сосудистых лигатур и зашивании брюшной стенки употребляется кетгут.

Способами оперативного лечения кист яичников являются резекция, вылущение опухоли или полное удаление пораженного яичника. Вылущение производится главным образом при дермоидных и псевдомуцинозных аденокистомах, а резекция — при фолликулярных кистах и кистовидных изменениях яичника.

Обстоятельной работой этого периода жизни института, касающейся хирургического лечения опухолей яичников, является исследование Мандельштама (1929 г.).

Мандельштам детально изучил случаи с наличием дермоидных кист яичника. Последние он обнаружил в 14% (57 случаев на 400 опухолей яичников, леченных в институте за 11 лет). Все больные были оперированы, причем в 41 случае — путем лапаротомии и в 16 случаях — кольпотомией. Двусторонние опухоли были в 14 случаях, односторонние — в 43.

Характер оперативного вмешательства был следующий (см. табл.):

Автор обращает внимание на возможность самопроизвольного полного отшнурования перекрученных дермоидных кист, на встречающееся иногда появление дермоидной кисты у ряда членов той же

	1 группа (14 случ.)	2 группа (43 случ.)
Удаление обонх яичников у пожилых женщин	3	—
Удаление одного яичника и резекция другого яичника	5	—
Резекция обонх яичников	6	—
Резекция яичника (одного)	—	12
Удаление яичника с трубой	—	22
Удаление яичника без трубы	—	9

семьи, а также описывает своеобразно протекавший случай ракового перерождения этой опухоли.

• Специальными вопросами, изученными под руководством Кипарского, были фибромиома яичника и псевдомиксома брюшины.

Левит (1930 г.) на 456 случаев яичниковых опухолей, оперированных в институте, нашел 5 случаев фибром. Он подтвердил, что эта опухоль не дает определенной клинической картины, ее диагностика трудна, прогноз в большинстве случаев благоприятен. В половине случаев при этой опухоли имеется асцит.

Псевдомиксому брюшины изучали Козинский и Рейнике. Оба они в своих работах подробно освещают механизм возникновения этого поражения, стремясь ответить на основной вопрос: следует ли рассматривать pseudomухота peritonei как результат своеобразного заболевания яичника, с прорывом псевдомуцинозных масс в брюшную полость, или первоисточником заболевания является червеобразный отросток. В числе других выводов, Козинский рекомендует возможно раннее удаление яичниковых кист, а Рейнике приходит к выводу, что «может быть червеобразный отросток является во всех случаях первоисточником заболевания».

Петербургский (1934 г.) описал 5 случаев опухоли Крукенберга, леченных в клинике. На основании их изучения он пришел к выводу о необходимости при диагностировании плотных опухолей яичников обязательно обследовать желудок и кишечник.

Вопросу диагностики, клиники и лечения персистирующего фолликула посвящена работа Гуревич (1933 г.). Она отмечает, что при этом заболевании яичник может достигать величины куриного яйца и иметь эластическую консистенцию. Из 53 описанных ею случаев — в 23 была применена резекция яичников. Автор пришел к выводу, что основным терапевтическим вмешательством в более легких случаях этой болезни должна быть аутогемотерапия, выскабливание матки, в более тяжелых — переливание крови беременных и двусторонняя интерполярная резекция яичников.

Вопросы оперативной техники, разработанной в клинике, были изложены в 1935 г. Левитом в его руководстве по «Технике гинекологических операций».

Нужно подчеркнуть, что если провозглашенный в конце прошлого столетия Оттом принцип сохраняющей хирургии оказался столь плодотворным, то это заслуга как самого Отта, так и его учеников, настойчиво проводивших его в жизнь. Не следует забывать о многочисленных авторитетных противниках подобного консерватизма, как Fritsch, Zweifel, Strassmann, Pfannenstiel и др., указавших на опасность рецидивов и невозможность *sub operatione* установить характер опухоли.

Между тем процент рецидивов после операции практически оказался не столь великим, от 1 до 8% у разных авторов (Болдуин — 1%, Рабб — 4%, Диккинсон — 8%).

После смерти Кипарского клинику оперативной гинекологии возглавил его ближайший ученик А. Э. Мандельштам.

К этому времени относится работа Петербургского, напечатанная в 1935 году.

Петербургский в работе «Ближайшие и отдаленные результаты консервативных операций на яичниках» приводит 500 случаев овариотомий, произведенных в институте за время с 1926 по 1933 г. Он подробно останавливается на 52 случаях, где лечебный консерватизм имел место при заболевании обоих яичников.

В 21 случае киста была на обоих яичниках, в 31 случае — была односторонней, причем другой яичник был также патологически изменен.

В основном — кисты относились к дермоидным, фолликулярным и псевдомуцинозным. Лишь в 2 случаях была киста папиллярная и в 1 случае — шоколадная.

Характер оперативного вмешательства был следующий:

	1 группа (21 случ.)	2 группа (31 случ.)
Резекция обоих яичников	6	—
Удаление одного яичника и резекция другого	9	21
Вылущение кисты одного яичника и резекция другого яичника	2	8
Вылущение кист с обеих сторон	4	2

Послеоперационной смертности не было.

Отдаленные результаты прослежены на 40 случаях. Месячные сохранились у 39 больных, причем в 32 случаях они были нормальными, в 5 случаях неправильными и в 2 случаях была гиперполиме-

норрея. В 1 случае месячные не наступили, и появились явления выпадения. В 5 случаях наступила беременность, закончившаяся в 3 случаях нормальными родами и в 2 случаях искусственным абортom. Учитывая, что 19 женщин были первично бесплодными, 10 страдали в течение 5—12 лет вторичным бесплодием, а у 2 были удалены фаллопиевы трубы, эти 5 беременностей приходится на остальных 21 чел., живших половой жизнью, что составляет 25%. Этот процент соответствовал наилучшим результатам, имеющимся в мировой литературе, после консервативных операций на яичниках (Baller—2%, Martin—19%, Pozzi—25%, Romini—25%).

В заключение, автор указывает на показания и противопоказания к консервативной овариотомии. Показанием является молодой возраст и доброкачественный характер опухоли, исключением — инфицированные случаи. Консервативный метод принципиально должен проводиться у девушек и молодых женщин не только при двусторонних, но по возможности и при односторонних опухолях. Папиллярные кистoadеномы не являются абсолютным противопоказанием к консервативному вмешательству, а требуют большой осторожности и обязательного контроля за оперированными. При этом опухоли, сидящие на хорошо выраженной ножке и подвижные, нужно считать менее опасными в смысле рецидива. У женщин в возрасте, близком к климактерическому, консервативная овариотомия должна проводиться с меньшей настойчивостью.

Отражая взгляды и направление школы Отта, Мандельштам положил начало новому этапу в хирургической деятельности ЦИАГ, который может быть назван физиологическим. Это нашло свое выражение прежде всего в вопросах диагностики. Диапазон последней значительно расширился за счет дополнения диагностики анатомо-топографической диагностикой, биологической, функциональной.

В свете современных достижений медицины, уточняются уже существующие методы распознавания опухолей яичников, и все это резюмируется в капитальном труде «Гинекологическая диагностика», опубликованном Мандельштамом в 1940 г.

Вместе с тем появляется ряд работ, касающихся специальных вопросов гинекологии.

Детально изучается вопрос о роли и значении лютеиновых кист при хорион-эпителиомах и пузырном заносе (Мандельштам, 1938 г.).

Автор устанавливает, что при наличии лютеиновых кист положительная биологическая реакция может получаться длительное время — до 3 месяцев после рождения (или удаления) пузырного заноса. Поэтому, при отсутствии подозрительных клинических симптомов, на основании положительной реакции Ашгейм-Цондека с мочой, еще нельзя строить предположения о хорион-эпителиоме.

Очень важным также является указание, что лютеиновые кисты иногда могут появляться через несколько недель, даже через 1—2 месяца после удаления пузырного заноса.

Большие успехи были получены клиникой в вопросе хирургиче-

Само собой разумеется, что при нагноении кисты производится полная овариэктомия.

По мере накопления опыта изменился взгляд на некоторые детали при лечении перекрученных кист. Раскручивание ножки при операции не рекомендуется, учитывая возможность образования в сосудах ножки тромбов, с последующим угрожающим их отрывом.

Операция при перекрученной кисте производится чаще после нескольких дней выжидания стихания острых явлений и связанного с ними шокового состояния и снижения повышенной температуры.

До этого времени больная ведется консервативно (покой, лед на живот, препарат кальция, легкие наркотические средства и пр.).

Подвергся пересмотру до того существовавший взгляд об обязательном удалении всякой обнаруженной кисты яичника. При гладких тонкостенных опухолях, размером не более гусиного яйца, рекомендуется предварительное выжидание и наблюдение. Опыт показал, что нередко случаи их спонтанного исчезновения (например, при персистенции фолликуле, ретенционной кисте).

Таким образом мы видим, что за время существования гинекологической клиники в вопросе оперативного лечения опухолей яичников в Повивальном институте (ныне ЦИАГ) имели место значительные сдвиги.

Они происходили на фоне и как следствие общих достижений медицины и биологии. Историческими моментами в этом отношении являлись введение асептики и антисептики и разработка метода брюшнополостной хирургии.

Заслугой Отта, Кипарского и Мандельштама является прогрессивное направление их деятельности, обеспечившее раннее и полноценное внедрение в гинекологическую хирургическую практику новейших достижений науки.

До Отта лечение опухолей яичников в институте было паллиативным, при нем оно стало радикальным. В дальнейшем этот радикализм все больше ограничивается применением консервативных методов хирургического вмешательства. Однако консерватизм оперативного лечения опухолей яичников при Отте существенно отличался от консерватизма сегодняшнего дня.

В значительной степени это было обусловлено разработкой накопившегося огромного материала, систематическим критическим анализом достигнутых результатов.

Разработка методов функциональной диагностики на основе новейших достижений науки является залогом дальнейших успехов в деле лечения кист яичников, занимающих одно из первых мест среди других новообразований половой сферы.

Научн. сопр. М. А. НИГИН

Опущение и выпадение женских половых органов

В отчетах, освещающих работу Повивального гинекологического института, упоминается, что в период времени с 1845 по 1859 г. в гинекологическую клинику поступило 36 больных с опущением и выпадением матки, и что при лечении этих заболеваний «применялось электричество». Методика применения электричества в отчете не приведена. В последующих отчетах группа больных с выпадением половых органов не выделяется отдельно и о методах их лечения ничего не указано.

Об оперативных мероприятиях при лечении опущений и выпадений половых органов впервые упоминается в отчете клиники за период с 1872 по 1892 г. В этом отчете сообщается, что с 1880 по 1892 г. были произведены пластические операции на промежности и влагалище при выпадениях половых органов 56 раз.

Этиология этих выпадений в то время была не ясна, и операции во многих случаях были направлены не к тому, чтобы восстановить нарушенную целостность тазового дна, а только к устранению того или другого симптома. Так, в отчете указывается, что при опущении передней стенки влагалища производилась только передняя пластика, при опущении и выпадении шейки матки — производилась ампутация ее. Устранялась, следовательно, не причина заболевания, а симптом, что неблагоприятно сказывалось на конечных результатах лечения.

Научно обоснованное лечение опущений и выпадений половых органов, как и других видов патологии женской половой сферы, стало проводиться под непосредственным руководством проф. Отта с 1893 г., когда к нему перешло заведывание клиникой.

Благодаря работам проф. Отта установился современный взгляд на этиологию генитальных пролапсов и их лечение (1890 г.). Проф. Отт считал основной причиной опущений и выпадений влага-

лица и матки несостоятельность тазового дна. Он указывал, что почти во всех случаях смещения внутренних половых органов имеется этиологический момент, в виде растяжений и разрывов мышц тазового дна и промежности при родах. У нерожавших — выпадение половых органов встречается, по Отту, лишь как чрезвычайно редкое исключение, в результате функциональной недостаточности тазового дна.

Для устранения опущений и выпадений влагалища и матки Отт считал основным восстановление целостности тазового дна и применял для этого усовершенствованную им заднюю пластику. Он увеличил Гегаровскую фигуру освежения старых разрывов промежности и рекомендовал послойное наложение погружных шелковых швов, благодаря чему создавалась надежная опора для внутренних половых органов.

Обосновывая свою модификацию операции задней пластики, Отт указывает, что «при восстановлении промежности фигура освежения старых разрывов всегда должна быть, так сказать, строго топографо-анатомического типа; прототипом должна быть фигура, получаемая при рассечении цельной промежности; освежение должно быть произведено настолько глубоко, чтобы можно было действительно рассчитывать на соединение разошедшейся мускулатуры; способ наложения швов должен быть таков, чтобы хорошо прилаживая освеженные части, по возможности менее нарушать питание тканей, что лучше всего достигается накладыванием узловых швов этажами, захватывая в каждый шов относительно немного тканей».

При таком способе наложения погружных швов создается мощное «тело промежности».

К этой основной операции присоединялись следующие вспомогательные операции. Передняя пластика производилась в случаях, когда оказывалось нужным удалить излишек чрезмерно гипертрофированной (растянутой) слизистой оболочки передней стенки влагалища; при цистоцеле производилась передняя пластика по способу Э. Мартина. В тех случаях, когда необходимо было укоротить чрезмерно удлиненную шейку матки, производилась ее ампутация, с пересадкой сводов. При метрите шейки применялась клиновидная ампутация ее (по способу Шредера).

Исправляющих положение матки операций Отт не применял, так как он считал, что восстановлением целостности тазового дна по разработанному им методу устраняются опущения и выпадения и влагалища и матки, и поэтому нет надобности в производстве этих операций. Он допускал в отдельных случаях операцию укорочения связок. Фиксации же матки, как антифизиологические операции (вагино- и вентрофиксация, интерпозиция и т. п.), он осуждал и всегда решительно выступал против их применения.

При слабых степенях опущения матки, зависящих, как указывал Отт, главным образом от расслабления связочного аппарата, применялось консервативное лечение. В таких случаях Отт считал показанным применение массажа и гимнастических приемов по методу

Тур-Брандта, с целью укрепления ослабленной мускулатуры связок, промежности и тазового дна.

Свой метод восстановления целостности тазового дна Отт применил и для устранения выпадений прямой кишки и получил хорошие результаты (1900 г.).

Отт разработал оригинальный метод освежения и зашивания полных разрывов промежности: этот метод получил общее признание и широко применяется до настоящего времени.

Применяя исключительно метод Отта восстановления целостности тазового дна при опущениях и выпадениях влагалища и матки, клиника получила на 516 оперированных больных (с 1897 по 1907 г.) очень хорошие отдаленные результаты, а именно — полное выздоровление в 94,6%, рецидивы — 5,4%, при первичной смертности равной 2% (Шабак — 1912 г.).

В продолжение более 30 лет установки Отта при лечении в клинике опущений и выпадений влагалища и матки оставались неизменными.

В 1926 г. руководство клиникой перешло к проф. Кипарскому. Последователь Отта по многим вопросам гинекологии, Кипарский все же критически пересмотрел установки, клиники и внес в ее работу свои оригинальные модификации.

В своем обзоре деятельности клиники за 25 лет (1904—1929 г.) Кипарский отмечает, что «целя и применяя методы, унаследованные от проф. Отта, клиника некоторые из них усовершенствовала, а также применяла целый ряд других, новых, научно обоснованных и экспериментально проверенных методов».

В работе клиники определилась физиологическая направленность при лечении больных, и клиника отказалась от однообразного метода, который до этого применялся в отношении всех больных.

Как основной метод устранения опущения и выпадения влагалища и матки в клинике применялся оттовский метод восстановления тазового дна, но при определенных показаниях, на основе учета особенностей каждого случая, производились некоторые дополнительные операции (на матке и ее подвешивающем аппарате).

Новое направление в лечении опущений и выпадений влагалища и матки получило свое освещение в работах клиники и было темой докладов на VI съезде акушеров и гинекологов в 1924 г. в Москве (Кипарский, Мандельштам, Козинский).

Мандельштам поднял на съезде вопрос о значении конституции больных в развитии пролапса и указал на необходимость определения конституциональных типов для правильного прогноза и эффективности терапии. Так, у женщин с астенической конституцией нередко достаточно одних родов, чтобы создались условия для выпадений влагалища и матки.

При этом страдают главным образом пуборектальные части *m. lev. ani*; происходит отрыв их от места прикрепления у лона. Видимый разрыв промежности при этом большей частью отсутствует, но имеется налицо чрезмерная дряблость мышц на почве перерастяжения или

подкожного разрыва. У женщин с инфантильной конституцией встречаются, как правило, более обширные разрывы промежности и относительно часто наблюдаются грубые повреждения леваторов.

После родов у женщин астенического типа во многих случаях тазовые органы теряют свое нормальное положение за счет утраты тонуса связочного аппарата; этим объясняется, что у астеничек наступившая после родов ретроверзия легко ведет к выпадению матки под действием повышенного внутрибрюшного давления. У женщин инфантильного типа часто тонус связочного аппарата сохраняется лучше после родов, благодаря чему внутренние органы дольше сохраняют свое нормальное положение. Если у инфантильных женщин после родов и образовалась ретроверзия матки, то это не в такой мере способствует выпадению последней, как у астеничек, так как матка удерживается сохранившимися своей эластичность связками.

Исходя из этих положений, Мандельштам рекомендовал при оперативном лечении опущений и выпадений влагалища и матки у женщин астенического типа присоединять к пластическим операциям коррекцию положения матки, путем пришивания ее к брюшной стенке за круглые связки; у женщин инфантильного или пикнического типа при отсутствии значительного опущения матки в большинстве случаев можно ограничиться только восстановлением промежности и тазового дна.

Кипарский в этиологии выпадений половых органов придавал основное значение повреждению тазового дна — *m. lev. ani*, не исключая важного значения и состояния связочного аппарата и тазовой клетчатки. Он указывал, что повреждение при родах *m. lev. ani* главным образом в его пуборектальной части ведет в дальнейшем к выпадениям тазовых органов. Механизм этого повреждения представляется в следующем. Когда головка плода часами преодолевает *hiatus genitalis* (особенно это относится к более пожилым первородящим), то именно ножки пуборектальной части *m. lev. ani* отрываются от места своего прикрепления (от задней поверхности лобковой кости), сверхмерно растягиваются и отходят в стороны. Получается дефект в передней части тазового дна в виде треугольника, широко открытого к симфизу.

В силу возникшего дефекта создаются условия для образования цистоцеле и выпадения матки под действием повышенного внутрибрюшного давления на передний свод и мочевого пузыря, которые лишены своей опоры.

Ни одним из применяемых способов задней пластики нельзя восстановить переднюю часть тазового дна. Поэтому для получения более стойкого эффекта Кипарский применял при задней пластике по методу Отта наложение изолированных швов на леваторы, так называемую миоррафию леваторов или пластику леваторов. Этим достигается более совершенное сближение ножек леваторов, и, тем самым, в большей мере происходит сужение *hiatus genitalis* и усиление мощности промежности, а благодаря этому укрепляется и функциональная способность мышц тазового дна.

Необходимо здесь указать, что клиника применяет пластику леваторов не во всех случаях опущений и выпадений влагалища и матки, а там, где это необходимо и технически возможно. Критерием служит состояние самих леваторов (пуборектальной части) и их функциональная способность.

На разработанном нами материале клиники (табл. 1) пластика

Таблица 1

	Число случаев	%
Опухания и выпадения влагалища	966	78,4
Неполные выпадения матки	203	16,5
Полные выпадения матки	63	5,1
Итого	1 232	100

леваторов была произведена при задней пластике 306 раз, или в 25% случаев. Во всех случаях, когда функция леваторов еще достаточно сохранилась, т. е. половая щель мало зияет, и при натуживании отмечается лишь умеренное опущение стенок влагалища, достаточно одной задней пластики по методу Отта. Когда же леваторы очень слабо выражены (атрофичны), то сближение ножек леваторов технически невыполнимо и не могло бы дать достаточного сужения грыжевых ворот (*hiatus genitalis*), которое предоохранило бы от редидива. В таких случаях уместна обширная задняя пластика по Отту.

Пластика леваторов дает хороший последующий эффект в случаях, когда леваторы еще удовлетворительно сохранились, и при их сокращении более или менее заметно уменьшается зияние *hiatus genitalis*.

В клинике при сшивании леваторов не производится выделение их из окружающей клетчатки и фасций, благодаря чему исключаются различные осложнения.

Примечание: Функциональные свойства леваторов можно определить, если ввести во влагалище указательный и средний пальцы, а большим пальцем надавить снаружи на область между анусом и *tuber ischii*, ощупывая, таким образом, мускул: при атрофическом состоянии леваторов половая щель значительно зияет.

Технически леваторопластика производится следующим образом: при задней пластике по методу Отта, когда непрерывный кетгутый шов на освеженную поверхность задней стенки влагалища доводят до места перехода этой стенки в боковую, рассекают куперовскими ножницами участок освеженной поверхности, несколько выше *carunculae myrtiformes*. Вслед за этим, идя кнаружи и книзу через образовавшуюся насечку тупой верхушкой закрытых куперовских ножниц, проникают в клетчатку (*cavum ischio-rectale*), где проходит в ко-

сом направлении ножка леватора. Затем крутой иглой с шелковой ниткой провизорно захватывают из глубины раньше с левой стороны, а потом той же иглой и с правой стороны только края ножек леваторов, но не всю их толщю. Провизорный шов служит «держалкой», которой натягиваются вперед захваченные ножки леваторов, на которые накладывают два погружных несъемных шелковых шва, один над провизорным швом, другой под ним, причем этими швами подхватывается и клетчатка. После завязывания погружных швов (раньше завязывается нижний шов, а затем верхний) ножки леваторов тесно сближаются, а провизорный шов удаляется. Затем задняя пластика производится по методу Отта, причем для погружных многоярусных швов ныне применяется не шелк, а кетгут.

В итоге операции леваторы включаются в состав восстановленной промежности.

В клинике с 1931 г. задняя пластика производится, как правило, под местной инфильтрационной анестезией (1,4% раствор новокаина), что дает возможность безболезненно производить операции у всех, без исключения, больных, независимо от состояния сердца и легких, и также облегчает снятие лоскута слизистой влагалища, благодаря чему ход операции ускоряется.

Практикуемый клиникой метод восстановления тазового дна ведет к сужению *hiatus genitalis* и, благодаря этому, к усилению функциональной способности мышц тазового дна, а также и к образованию мощного тела промежности.

Проверенные нами отдаленные результаты лечения, при давности наблюдения от 1 до 10 лет, подтверждают надежность этого метода: отличный результат был получен в 89,3%, хороший — в 7,4% и рецидивы — в 3,3%. Эти отличные результаты получены клиникой благодаря строгой индивидуализации выбора оперативного метода в каждом случае опущения и выпадения влагалища и матки. Наработанном нами материале клиники (1232 случая) задняя пластика, как основная операция, была применена 872 раза, или в 70,8% случаев (табл. 2).

В тех случаях выпадений и опущений влагалища и матки, где леваторы очень слабо выражены (атрофичны) и половая щель значительно зияет, когда нельзя путем пластики леваторов в достаточной степени сузить *hiatus genitalis*, применяются коррегирующие положение матки операции, как дополнительные к задней пластике.

В клинике с большим успехом применяется операция Д ж и л ь я м а с модификацией К и п а р с к о г о, в результате которой матка, переведенная в состояние подвижной антеверзии и элевации (вентросуспензия), перекрывает щель между ножками леваторов, защищая ее, а равно мочевого пузыря и передний свод, по типу пелота, от непосредственного воздействия внутрибрюшного давления, что и предохраняет от рецидива.

Свою модификацию операции Д ж и л ь я м а К и п а р с к и й предложил в 1922 г., в целях уменьшения числа рецидивов после опера-

Таблица 2

Оперативные методы	Число случаев	%	Смертность	Примечание
Задняя пластика по Отту	872	70,8	0	
в том числе:				
только задняя пластика	275	22,3		
задняя пластика и ампутация шейки матки	79	6,4		
передняя и задняя пластика	401	32,6		В том числе в 191 случае операции Штекеля при относительном недержании мочи
Задняя, передняя пластика и ампутация шейки матки	117	9,5		
Задняя пластика и корректирующие положение матки операции	208	16,9	0	
Операция Нейгебауера-Лефора и задняя пластика	107	8,7	0	
Интерпозиция матки (операция Александрова-Шаута-Вертгейма) и задняя пластика	16	1,3	0	
Влагалищная экстирпация матки и задняя пластика	14	1,1	0	
Операция Лабгардта	11	0,9	0	
Внебрюшинное укорочение крестцово-маточных связок, передняя и задняя пластика	4	0,3	0	
Всего	1232	100	0	

тивного лечения пролапсов. Модификация Кипарского состоит в следующем:

1. Как при операции Джильяма, производится срединный разрез брюшной стенки. Затем, подтянув матку лигатурой, проведенной через ее дно, накладывают зажим Кохера на круглую связку, на расстоянии 3—4 см от угла матки. Дистальную часть петли связки на расстоянии 3—4 см кнаружи от наложенного зажима прокалывают иглой с шелковой лигатурой и подшивают ее к передней поверхности матки у места отхождения связки от матки. Рядом накладывают второй такой же шов. То же проделывают и на другой стороне.

2. Прокол брюшной стенки делают зажимом Кохера на 2 поперечных пальца выше симфиза и у наружного края прямой мышцы; далее операция производится по способу Д ж и л ь я м а.

Этой модификацией достигается следующее:

1. Так как петли круглых связок проводятся вблизи внутренних отверстий паховых каналов, то этим исключается образование боковых карманов в результате фиксации круглых связок к брюшной стенке и тем самым устраняется возможность ущемления кишок; кроме этого, благодаря такому проведению круглых связок матке придается более нормальное положение, т. е. менее высокое стояние, чем при операции Д ж и л ь я м а; это ведет к сужению входа в передний дуглас и к уменьшению внутрибрюшного давления на последний;

2. Матка подвешивается к брюшной стенке на петлях круглых связок, которые в два раза крепче, чем при способе Д ж и л ь я м а, так как эти петли круглых связок удваиваются в наиболее крепкой проксимальной их части; благодаря этому достигается более устойчивое состояние элевации и антеверзии матки, так как дистальная треть связки подшивается к ребру матки.

Модификация Кипарского обсуждалась на заседаниях акушерско-гинекологического общества в 1923 г. (доклад Кипарского) и VI съезда акушеров и гинекологов в 1924 г. (доклады Кипарского, Мандельштама и Козинского) и широко освещена в отечественной литературе (Труды VI съезда акушеро-гинекологов; Мандельштам — Врач газета, 1925 г., № 5; Козинский — Журн. акуш. и женск. бол., 1925 г., № 3; Томсон — Журн. акуш. и жен. бол., 1926 г., № 6; Гудим-Левкович — монография, 1927 г.; Лемаринье — Журн. акуш. и женск. бол., 1929 г., № 5; Левит — Техника гинекологических операций, 1935 г.).

Операция Кипарского дала значительно лучшие результаты, чем операция Джильяма. На 1232 случая опущений и выпадений влагалища и матки эта операция была применена 164 раза, или в 13,3% случаев, и получены следующие, проверенные нами отдаленные результаты: отличные — в 91%, хорошие — в 7% и рецидивы — в 2%. У 9 осмотренных женщин наступила после операции беременность, которая закончилась срочными нормальными родами у 2 женщин, искусственным выкидышем у 6 женщин, а у 1 женщины произошел самопроизвольный выкидыш.

В последние годы в клинике операция Джильям — Кипарского заменена операцией Лангеса (Langes,) с модификацией Елкина как более физиологической операцией с устроением круглых связок и фиксацией петли на поверхности апоневроза брюшной стенки у наружного отверстия пахового канала. Мандельштамом разработана операция внутрибрюшного укорочения крестцово-маточных связок путем разреза заднего свода (без вскрытия дугласова кармана). Операция уместна при заметном опущении матки и выраженном выпадении стенок влагалища у больных чадородного возраста. С помощью наложения узловых кетгутовых швов крестцово-маточные связки с обеих сторон ушиваются, благодаря

чему шейка матки заметно притягивается к крестцу; рана заднего свода зашивается с оставлением посредине разреза небольшого отверстия, через которое вставляется марлевый дренаж. Производится также передняя и задняя пластики с хорошим результатом. (Эта операция была применена 4 раза).

У пожилых женщин, заинтересованных в продолжении половой жизни, после климактерия, при наличии резко выраженных опущений или выпадений половых органов, применяется задняя пластика и операция Кохера (на 1232 случая эта операция применялась 20 раз или в 1,6% случаев).

У старух, а также у пожилых женщин, после климактерия не живущих половой жизнью, когда при выпадениях матки значительно опускаются также стенки влагалища, производится операция Нейгебауэра-ЛеФора (срединная кольпоррафия). При этой операции производится, хотя и невысокая, задняя пластика (без сшивания леваторов). На разработанном нами материале клиники (1232 случая) эта операция применялась 107 раз, или 8,7%. При обследовании нами женщин после этой операции, с давностью наблюдения от 1 до 10 лет, были установлены следующие отдаленные результаты: отличный в 84,4%, хороший в 12,5% и рецидивы в 3,1% (в этих случаях после операции были гематомы и заживление произошло вторичным натяжением).

Левит (1935 г.) при обследовании женщин после этой операции отметил только в 2 случаях частичное опущение стенок влагалища.

В последние годы для сохранения возможности половой жизни у пожилых женщин применялась (в 12 случаях) модификация этой операции, предложенная Ковачем (Kovacs). При этой модификации освежение передней и задней стенок влагалища производится не по средней линии, а несколько сбоку, напоминая по форме печатную букву «Г»; в итоге создается один узкий канал и другой широкий, не исключающий возможности половой жизни.

У пожилых женщин, при наличии обширных цистоцеле, в отдельных случаях производилась операция *interpositio uteri vesico-vaginali* одновременно с задней пластикой. На 1232 случая опущений и выпадений влагалища и матки эта операция была применена 16 раз или в 1,3%. При этой операции, в целях предупреждения рецидива, матка пришивается не к передней стенке влагалища, а с обеих сторон к *m. ischio-cavernosus*.

При обширных выпадениях задней стенки влагалища у пожилых женщин после климактерия применялась 11 раз (в 0,9% случаев) операция Лабгардта (Labhardt) *colpoperineokleisis subtotalis*. в результате которой создается очень высокая и толстая промежность. При подозрениях на рак шейки или полости матки эта операция противопоказана.

Влагалищная экстирпация выпадающей матки производилась в клинике очень редко (14 раз или в 1,1% на 1232 случая) и только при обоснованных показаниях к ее удалению: наличие фиброматозно-увеличенной матки, долго незаживающие изъязвления шейки, длитель-

ные кровотечения. При этой операции всегда обязательно производится передняя и задняя пластика.

В целях укрепления остающегося влагалища при экстирпации матки Елкин (1924 г.) предложил свою методику использования крестцово-маточных и кардинальных связок. В результате этой операции над куполом влагалища создается мощный барьер, оказывающий противодействие внутрибрюшному давлению.

При лечении опущений и выпадений влагалища и матки учитываются также жалобы больных на недостаточное удержание мочи и на непроизвольное отхождение мочи, которое наступает при кашле, смехе и быстрой ходьбе. Этот вид недержания мочи обуславливается травмой сфинктера мочевого пузыря в родах; при этом происходит повреждение или даже разрыв мышечных пучков *m-li urethro-trigonalis*.

Такое недержание мочи развивается и в тех случаях, когда вследствие прогрессирующего выпадения передней стенки влагалища вместе с дном мочевого пузыря расширяется начальная часть уретры, в силу чего образуется «шейка» мочевого пузыря, т. е. воронкообразный переход мочевого пузыря в уретру, и сфинктер оказывается недостаточным для полного смыкания этой патологически расширенной части мочеиспускательного канала (Мандельштам).

При частичном недержании мочи применялась операция Штекеля — «прямая мышечная пластика», которая имеет целью укрепить поврежденный *m. urethro-trigonalis*. Успешные результаты применения этой операции опубликованы Мандельштамом в 1923 г. На разработанном нами материале клиники, эта операция была применена 191 раз, или в 15,5% случаев опущений и выпадений половых органов (сюда вошли 53 случая, опубликованные Мажбицем). Проверенные нами отдаленные результаты после этой операции, при давности наблюдения от 1 до 10 лет, показали полное стойкое излечение в 86,6% и отрицательный результат в 13,4%. В число случаев с отрицательным результатом мы включили рецидив после родов и два случая, в которых отмечалось только изредка выделение нескольких капель мочи при сильном кашле. Эти результаты позволяют считать, что технически правильно выполняемая операция вполне уместна при частичном недержании мочи, возникающем у женщин после родов вследствие повреждения сфинктера мочевого пузыря.

Клиникой получены также отличные ближайшие результаты лечения. Смертность оперированных больных (1232 случая) равнялась нулю.

В итоге обследования нами 342 оперированных в клинике больных с опущениями и выпадениями половых органов получены следующие отдаленные результаты: отличные — 89%, хорошие — 8,1% и рецидивы — 2,9%.

Эти данные показывают, что клиника за последние 20 лет добилась еще лучших результатов в лечении больных с опущениями и выпадениями половых органов, а это подтверждает как теоретическую обоснованность, так и практическую значимость примененных в ЦИАГ оперативных методов лечения пролапсов.

Ст. научн. сопр. Е. Е. ПОЛОЦКИЙ

Пороки развития половых органов женщины

Первые данные о больных, находящихся в Повивальном институте, с дефектами и пороками развития половых органов, встречаются в отчете проф. Ф. К. Гугенбергера. За период с 1844 по 1872 г. через Повивальный институт всего прошло 597 гинекологических больных, среди них 7 больных со сращениями и сужениями влагалища, что составляет 1,17% к общему числу гинекологических больных. «Из этой группы дефектов заболеваний влагалища, — пишет проф. Гугенбергер, — приходится отметить относительно часто встречавшееся заращение и сужение влагалища, причем частота этого заболевания стояла в зависимости от частых в то время послеродовых заболеваний». Лечение состояло «в рассечении рубцов и в методическом употреблении восковой губки» (Гугенбергер).

Из отмеченных 7 случаев сужений и сращений влагалища только в одном случае имело место заращение девственной плевы — врожденный недостаток (порок развития), остальные же 6 случаев следует рассматривать как приобретенное заболевание вследствие трудных предшествовавших родов.

В первом случае — гематокольпос при заращении гимена был излечен проколом троакаром, из остальных 6 случаев приобретенной атрезии влагалища 2 случая были излечены методическим употреблением восковой губки.

За последующее 20-летие (1872—1892/93 гг.) через Повивальный институт прошло 875 женщин с гинекологическими заболеваниями, в том числе 18 случаев с дефектами развития половых органов.

Наибольшее количество неправильностей развития половых органов женщины в 1872—1893 гг. состояло «в задержке развития матки в период возмужалости, что и выразилось длинной конической шейкой при малом объеме тела матки» (Канегиссер). Следует

отметить, что в силу отсутствия классификации и правильного понимания пороков развития половых органов, как и в первом отчете Гугенбергера (1844—1872 гг.), так и в последующем отчете Канегиссера, к главе пороков развития половых органов относили такие отклонения в развитии половых органов, как, например, коническая удлиненная шейка при гипопластической матке и т. д.

Представляют интерес отдельные сообщения казуистического характера о пороках развития половых органов, появившиеся в последующие годы. Так, например, в 1894 г. в Петербургском обществе акушеров и гинекологов Сережниковым было доложено об одном случае порока развития половых органов — двойная матка и двойное влагалище.

В том же 1894 г. опубликована работа А. А. Драницына «К казуистике беременности и родов при порочном развитии полового канала» (*Uterus bicornis infraduplex seu bicollis, vagina septa*). Случай этот был своевременно диагностирован во время беременности, и с наступлением родовой деятельности на высоте схватки произведено рассечение мясистой перегородки влагалища. Послеродовый период протекал нормально.

В 1895 г. в гинекологической клинике института был успешно излечен случай порока развития мочеиспускательного канала, осложненного недержанием мочи (сообщение Драницына в журнале «Акушерство и женские болезни», 1895 г.). За 10 лет, с 1 января 1885 г. по 1 января 1895 г., по данным О. В. Прокофьевой, через амбулаторию института прошло 8669 гинекологических больных с 59 случаями пороков развития половых органов (не указано какими). За тот же промежуток времени через стационар института прошло 7 случаев пороков развития. Речь идет об «атрезии гимена — 1 случай, атрезии влагалища — 1 случай, порок развития матки — 1 случай и 4 случая конической шейки матки» (Прокофьева). Указанные 4 случая конической шейки матки следует трактовать как дефекты конституционального развития, а не пороки развития.

В 1895 г. А. А. Драницын сообщил об интересном случае излечения у девочки 9 лет порока развития мочеиспускательного канала, осложненного полным недержанием мочи, которым она страдала от самого рождения.

Первая операция искусственного образования влагалища при его аплазии была произведена в Повивальном институте проф. Д. О. Оттом 24/X 1897 г. (*Aplasia vaginae congenitae*) по оригинальному методу, с использованием брюшины заднего дугласа. Об этом оригинальном и произведшем в свое время фурор в СПб Акушерско-гинекологическом обществе случае кольпопоза сообщает подробно в своей статье «К вопросу о способах образования искусственного влагалища» А. А. Сицинский в 1899 г.

В этой работе дается исчерпывающий литературный обзор состояния вопроса образования искусственного влагалища и обстоятельно был описан новый метод кольпопоза, предложенный Д. О. Оттом

и незаслуженно забытый. 40 лет спустя (в 1933 г.) предложенный Ксидо способ кольпопозза есть не что иное, как предложенный в 1897 г. Д. О. Оттом способ кольпопозза.

Пороки развития половых органов до 1904 года весьма редко встречались в стационаре гинекологического отделения. Известный рост отмечается в последующие годы, обращаемость больных с такими аномалиями развития увеличивается в силу того, что в Повивальном институте они получают рациональное лечение. Но и в данном периоде случаи недоразвития все еще продолжают трактоваться, как пороки развития, и отсутствует четкое разделение случаев пороков развития и недоразвития, что видно из работы Коробкова (1904—1907 гг.). Приведенные Коробковым случаи следует рассматривать как конституциональное недоразвитие полового аппарата: шейка длинная, коническая, с узким точечным зевом; матка, как правило, маленькая резко перегнутая вперед. Другими словами, больные страдали недоразвитием тела матки — детской формой (*Collum coicum, anteflexio uteri congenita*), но не пороками развития. За этот отрезок времени 2 редких случая порока развития мочеполовой системы описаны проф. В. В. Преображенским (*Pelvis fissa, ectopia vesicae urinaria*).

В 1913 г. в гинекологической клинике института встретились 2 случая уродства развития: 1) двойное влагалище и двойная матка (*vagina et uterus duplex*), 2) атрезия влагалища, гипоплазия матки, гематометра и левосторонний гематосальпинкс. В последнем случае — лечение хирургическое, путем чревосечения.

В годы империалистической войны и последующие годы Октябрьской социалистической революции и годы гражданской войны, не было больных с пороками развития.

В 1921/22 г. встретились всего 2 случая порока развития наружных половых органов на 1197 гинекологических больных.

В 1924 г. отмечены два случая порока развития с гипоплазией половых органов на 290 гинекологических больных, что составляет 0,9%. В обоих случаях делается попытка лечить каузально гипоплазию половых органов и вызванные ею расстройства в организме женщины. В этом свете применена была, как замещающая терапия, пересадка яичниковой ткани, опотерапия (овариин и оварикрин). Так, например, в первом случае для облегчения жалоб больной (головные боли, плохой сон, снижение работоспособности) применены были инъекции овариина и последующая пересадка яичника (гомотрансплантация). Больная провела 88 дней в стационаре, выписалась с некоторым улучшением. Во втором случае проводился курс опотерапии в течение 57 дней, без заметного успеха.

В 1925 г. наблюдался редкий случай *Uterus duplex bicornis et vagina septa*.

В 1926 г. д-ром И. В. Белугиным было доложено в Ленинградском акушерско-гинекологическом обществе о редком случае прогрессирующей беременности в рудиментарном роге матки, наблюдавшемся в гинекологической клинике института. Интерес случая

в том, что здесь была правильно диагностирована прогрессирующая беременность в рудиментарном роге матки, что подтвердилось на операционном столе и предложен оригинальный признак для ее распознавания. Прогрессирующая беременность в рудиментарном роге матки — редко наблюдающееся явление, и диагностика ее весьма затруднительна. Так, например, из опубликованных в отечественной литературе к 1926 г. 49 случаев беременности в рудиментарном роге лишь в 14 случаях была своевременно и правильно диагностирована прогрессирующая беременность. Вот почему представляет интерес предложенный Белугиным признак, с помощью которого легко дифференцировать прогрессирующую беременность в рудиментарном роге матки от придатковой или яичниковой опухоли, а именно: «если по мере роста опухоль приближается к матке» (повидимому, вследствие растяжения в поперечном направлении конца ножки, прикрепляющейся к беременному рогу, ножка постепенно укорачивается, и при дальнейшем развитии беременности — рог находится около самой матки). Это наиболее характерно для беременности в рудиментарном роге (Белугин). Придатковая или яичниковая опухоль таким свойством не обладает.

На основе большой литературы и личных наблюдений Белугин вносит ясность в классификации пороков развития женских половых органов, значительно уточнив имевшуюся классификацию Куcмауля (K u s s m a u l).

Предложенная Белугиным классификация одобрена была Ленинградским акушерско-гинекологическим обществом.

Позднее, почти через 20 лет, аналогичный случай прогрессирующей беременности в рудиментарном роге был своевременно диагностирован в оперативно-гинекологической клинике института, благодаря признаку Белугина.

А. Э. Мандельштам разработал материал гинатрезий гинекологической клиники проф. Кипарского за 10 лет (52 случая) и на основе литературы вопроса и клинических своих наблюдений уточнил диагностику и терапию гинатрезий, как врожденных (при пороках развития), так и приобретенных, рассматривая отдельно атрезии при правильно сформированном и при неправильно сформированном половом аппарате (неслияние мюллеровых нитей); особое внимание Мандельштам уделяет правильному подходу к лечению случаев задержки менструальной крови в половом аппарате (главным образом в случаях наличия гематосальпинксов).

Начиная с 1926 г. оперативная клиника переходит на более активный путь исправления отдельных пороков развития; в 4 случаях двурогости матки была применена операция Штрассмана, разработан хирургический метод лечения, в особенности при аплазиях и атрезиях влагалища. С этих же пор начинает активно внедряться операция образования искусственного влагалища из толстой кишки по способу проф. Попова, причем из года в год эта операция подвергается значительным усовершенствованиям. Модификации в оперативную технику операции кольпопоза внесены проф. Кипарским,

Козинским и особенно много сделано в деле усовершенствования операции проф. Мандельштамом. Значительно улучшена подготовка этих больных к операции кольпопоза и особенное внимание обращается на послеоперационный уход.

В сообщении Конухеса (1925 г.) о первых двух кольпопозах, произведенных проф. Кипарским по Попову, автор обосновывает, почему клиника проф. Кипарского применяет операцию кольпопоза по Попову как операцию выбора при аплазиях и атрезиях влагалища. Заслуга клиники проф. Кипарского в том, что при известном увлечении в ту пору в Западной Европе и у нас, в СССР, кольпопозом из тонкой кишки по Балдвину клиника широко внедряла метод образования искусственного влагалища из толстой кишки, как более безопасный для больных.

Установлено (Кипарским и Мандельштамом), что влагалищные аплазии нередко комбинируются с дистопией почек или с тазовой, подковообразной почкой, легко могущей симулировать опухоль придатков или гематометру, с последующими возможными роковыми ошибками в ходе самой операции, как это имело место в случае Козинского, когда эктопированная почка была принята за опухоль придатков (1924 г.). Вот почему надлежит производить во всех случаях подготовки больных к операции кольпопоза обязательное внимательное исследование уропозитической системы у этих больных (пизелографию, цистоскопию, хромоцистоскопию и т. д.). Как уже выше было отмечено, наша оперативно-гинекологическая клиника значительно усовершенствовала операцию кольпопоза по Попову, и уже в 1938 г. проф. Мандельштам, на основании своего большого опыта (25 собственных кольпопозов), в исчерпывающей монографии, посвященной вопросу образования искусственного влагалища из прямой кишки, делает следующее заключение: «... прямокишечный кольпопоз, в модифицированном нами виде, представляет собою безопасную для жизни операцию» «... не только ни одна больная не умерла, но даже ни в одном случае не наблюдалось тяжелых местных изменений инфекционного характера».

Одними из важнейших усовершенствований операции Попова, внесенных А. Э. Мандельштамом, являются подготовительные мероприятия для понижения возможности инфицирования клетчатки и создание хороших условий для оттока инфицированного секрета. Подготовка кишечника кормлением 3—4 дня до операции одной простоквашей и обработка кишечника (слабительными, клизмами с антисептической жидкостью) дают вполне удовлетворительные результаты (Мандельштам). Во всяком случае ни разу не наблюдалось более или менее обширного нагноения или отчетливого распространения инфекции за пределы малого таза. Далее, замена марлевых выпускников, выводимых между задне-нижним краем кишки и анусом, которые, кстати говоря, быстро пропитываются кровью и перестают вскоре отсасывать секрет, — двумя резиновыми трубками, проведенными через специальные разрезы в задней промежности, хорошо дренирующими парапроктальные пространства, — обеспечивает хороший

отток секрета из крестцовой впадины. Особо следует отметить с успехом применяющееся при кольпопозе усовершенствование — оставление анальной манжетки. При этой существенной модификации, внесенной А. Э. Мандельштамом (оставление манжетки и рассечение кишки выше области сфинктеров), сфинктеры прямой кишки остаются вне сферы операции и не подвергаются ни малейшей травматизации.

При аплазиях и атрезиях влагалища в оперативной клинике института применялись еще и другие корректирующие пороки развития операции. Так, например, в 1931 г. Б. А. Козинским была применена пластическая операция кольпопоза по Вагнер-Киршнеру у больной Л., но неудачно. После операции больная страдала недержанием газов и не могла жить половой жизнью. Собираясь вторично выйти замуж, больная через 5 лет повторно обратилась в клинику, и была проф. Мандельштамом с успехом прооперирована по способу Попова—Мандельштама. Повторно оперирована была в нашей клинике также и другая больная В. Б., 24 лет, после неудачно произведенного кольпопоза по Балдвину в одной из хирургических клиник г. Уфы в 1936 г. Больной была проделана операция кольпопоза по Попову—Мандельштаму. В 2 случаях применен был способ образования искусственного влагалища по Балдвин—Константины в 1936 г. В 5 случаях применен был способ кольпопоза по Бургеру (Burger) из околоплодных оболочек. До 1 августа 1946 г. в нашей клинике всего произведено кольпопозов — 52, из них по прямокишечному способу Попова, видоизмененному профессорами Кипарским, Козинским и Мандельштамом, — в 44 случаях, по Бургеру — 5, Балдвину — 2 и в 1 случае по Вагнер—Киршнеру.

В 1941 г. опубликована статья А. Э. Мандельштама «об уретропластике и уретропозе» в сборнике, посвященном памяти Д. О. Отта, в котором автор сообщил результаты усовершенствованной им операции Марциуса для воссоздания уретры за счет ишиокавернозной мышцы при врожденном отсутствии уретры при эписпадиях и при разрушенной уретре в родах.

А. Э. Мандельштам, на основе применения им значительно усовершенствованной операции Марциуса, в 10 случаях отсутствия уретры приходит к заключению: «... мы должны признать ишиокавернозную уретропластику по Марциусу (в особенности, в нашей модификации) классическим типическим способом анатомо-функционального восстановления как разорванной в родах, так и отсутствующей в силу порока развития уретры».

На хирургический путь исправления врожденных пороков развития у новорожденных, в особенности при недоразвитии нижнего отдела прямой кишки (атрезия ануса и др.), стала и клиника новорожденных (см. статью проф. Левина).

Значительно уточнена диагностика пороков развития. Разграничено понятие порока развития от явлений недоразвития. Клинически проводится дифференциальная диагностика различных пороков развития и

разработана методика терапии отдельных пороков развития половых органов у женщины.

Подводя итог эволюции взглядов на лечение пороков развития половых органов за столетие существования гинекологической клиники института (1844—1946 г.), нужно отметить, что с развитием нашей дисциплины и по мере развития и усовершенствования асептики и антисептики выявился известный активизм в исправлении отдельных пороков развития. Еще 100 лет тому назад методом рассечения стенок влагалища лечились случаи атрезий влагалища, зондированием цервикального канала и расширением его исправлялись случаи атрезий (Гугенбергер); рассечением перегородок лечились случаи двойной матки, двурогой матки, двойного влагалища (Драницын, Кипарский, Сережников).

Внесена большая ясность в классификацию пороков развития матки (Белугин, Преображенский), разработана классификация гинатрезий половых органов (Мандельштам). Особенно заметную роль в хирургическом лечении аплазий и атрезий влагалища сыграла оперативно-гинекологическая клиника института за последние четверть века, разработав и усовершенствовав прямокишечный метод кольпопоза (Кипарский, Козинский, Мандельштам).

Ст. научн. сопр. Л. А. ШУССЕР

Оперативное лечение рака матки

Вак видно из первых отчетов института (1844—1872 гг.), постановка гинекологической помощи и, в частности, помощи при раке матки вполне соответствовала той степени развития, которую гинекология достигла в Западной Европе. Из 28 больных, страдавших раком шейки матки, принятых в институт за этот период времени, 20 лечились прижиганием каленым железом, а остальные подверглись хирургическому лечению — ампутации шейки матки. В лечении рака матки второй период деятельности института (1872—1892/93 гг.) немногим отличается от первого. Нужно отметить, что к этому времени стала вырисовываться гистологическая картина рака, характер и пути распространения его. Лечение рака матки начинает становиться на реальную почву. Взамен прежнего арсенала паллиативных средств, начинает приобретать признание единственно правильный по тому времени путь — путь хирургического лечения рака матки. Согласно статистике Винтера видно, что с 1878 по 1891 г. в клиниках Шредера, Ольсгаузена при раке шейки матки было произведено 155 ампутаций шейки матки, с первичной смертностью 6,5%.

Отдавая дань времени, Повивально-клинический институт, во второй период своей деятельности, в лечении рака шейки матки придерживался общепринятых мероприятий, а именно: производилась ампутация пораженной шейки матки и в некоторых случаях применялось прижигание ее, причем последнее производилось уже не каленым железом, а аппаратом Пакелена.

С 1893 г., т. е. со времени вступления в должность директора института проф. Д. О. Отта, начинается новая эпоха в развитии русской гинекологии и акушерства. Крупный ученый, прекрасный организатор, Дмитрий Оскарович Отт, со свойственной ему

энергией, начинает внедрять в работу института все новейшие достижения в области акушерства и гинекологии и одновременно разрабатывает новые методы диагностики и лечения рака женской половой сферы. В отношении улучшения диагностики рака шейки матки существенную роль сыграло введение Дмитрием Оскаровичем двухпальцевого вагинального исследования, дававшего возможность производства не только плоскостного, но и объемного обследования. Тщательное обследование производилось в необходимых случаях не только через влагалище, но и через прямую кишку, а также катетером через мочевой пузырь. Важное значение, в смысле диагностики рака матки, сыграло применяемое Д. О. Оттом инструментальное обследование полости матки, с обнажением шейки. В случаях подозрения на злокачественный характер процесса производилось пробное выскабливание полости матки или пробная экцизия шейки матки, причем в случаях неясных они производились повторно. Микроскопическому исследованию Д. О. Отт придавал исключительное значение, считая, что им надо руководиться при диагностике ракового процесса. Д. О. Отт обратил внимание на то, что необходимо учитывать и свойства самих раковых элементов, степень их зрелости. Подробное общее и гинекологическое обследование, в сочетании с другими вспомогательными методами исследования, при разработанной Д. О. Оттом методике давало возможность более точно установить диагноз рака матки. Большое значение Д. О. Отт придавал профилактике ракового заболевания. Еще в 1889 г. он указал, что в раннем распознавании рака наша сила, так как рак в начальных стадиях своего развития является заболеванием местным, а не общим. Придавая существенное значение хроническим воспалительным процессам в развитии рака матки, он требовал своевременного их лечения.

Основным методом борьбы с раком матки Дмитрий Оскарович считал хирургическое вмешательство. Поэтому хирургический метод лечения, по его мнению, единственно реальный, он стремился всесторонне научно изучать и совершенствовать. С 1889 г. Д. О. Отт начал разрабатывать влагалищный метод удаления пораженной раком матки. С постепенной разработкой техники влагалищных операций возник вопрос об усилении освещения операционного поля для устранения главного недостатка влагалищных операций. Предложенные Д. О. Оттом осветительные зеркала стали важнейшим приспособлением, облегчившим дальнейшее развитие влагалищных методов оперативного вмешательства. Являясь горячим сторонником простой вагинальной экстирпации при раке матки, он предпочитал ее абдоминальной радикальной операции, дававшей в те времена чрезвычайно большую летальность.

Прежде чем приступить к оценке достигнутых Д. О. Оттом результатов при лечении рака матки, считаем не лишним бросить краткий ретроспективный взгляд на историю развития удаления матки через влагалище. Удаление матки через влагалище впервые было предложено в 1822 г. Заутером. В 1847 г. в России эта операция была произведена Киттером и Елачицем. Приблизи-

тельно до 1872 г. общее число оперированных достигло 30 человек. Причина такой сдержанности к оперативному вмешательству через влагалище крылась в несовершенстве техники и связанных с этим опасностях и осложнениях. А. А. Драницын в 1903 г. отметил, что переход от ампутации шейки матки к ее экстирпации явился не результатом научных исследований о путях распространения рака, а в силу того предположения, что получаемые рецидивы являются результатом удаления части, а не всей матки. Несмотря на имевшие место на первых порах неудачи при удалении матки через влагалище, операция эта не была отвергнута и постепенно стала совершенствоваться. Особенно хорошо и обоснованно методика влагалищной экстирпации матки была разработана Д. О. Оттом. С течением времени, с помощью этой операции были достигнуты блестящие результаты, по крайней мере в отношении непосредственного исхода вмешательства. Так, на XIII международном съезде в Париже в 1901 г. Д. О. Отт, будучи официальным докладчиком, приводит нижеследующие результаты удаления матки через влагалище по поводу ее поражения раком. На 189 оперативных случаев процент первичной смертности равнялся 1,6%. Из 62 больных, оперированных не менее 6 лет назад по поводу рака матки, у 18, т. е. 29%, можно было установить полное излечение. На съезде в Париже было признано возможным излечение рака матки, и прения вращались вокруг вопроса, каким способом достигаются лучшие результаты — влагалищным или брюшностеночным, с удалением желез. Д. О. Отт уже тогда энергично высказался против брюшностеночного способа, ввиду очень большой первичной смертности. Однако Драницын в своей работе «Современная статистика и новые взгляды в оперативном лечении рака матки» (1903 г.), на основе своих экспериментальных патологоанатомических исследований, приходит к заключению, что путями распространения рака шейки матки является параметральная клетчатка и что поражение это происходит довольно рано. Сопоставляя статистические данные с патолого-гистологическими исследованиями, он приходит к заключению, что абдоминальная экстирпация матки с удалением клетчатки таза является более обоснованной, чем простое влагалищное удаление матки.

В 1909 г., на XVI международном съезде в Будапеште, где Д. О. Отт также выступал официальным докладчиком, сопоставляя данные после брюшностеночного вмешательства при раке матки и влагалищного, он высказывался в пользу последнего. В обоснование он указал, что для того, чтобы приобрести в полтора раза больше шансов на выживание в будущем, больные рискуют жизнью в 11 раз чаще непосредственно после брюшностеночной операции. Если после брюшностеночного вмешательства приходится жертвовать каждой третьей больной, то при влагалищном методе оперативного вмешательства на 14 выздоравливающих гибнет 1 больная.

Как уже было упомянуто, Д. О. Отт являлся убежденным сторонником оперативного вмешательства через влагалище при раке матки. Свое убеждение он обосновывал следующим: 1. Благодаря более широ-

кому удалению окружающей ткани при абдоминальной операции отдаленные результаты заметно лучше, чем при вагинальном вмешательстве, но непосредственные результаты намного хуже. 2. Предложение удалять при экстирпации матки «все пораженные железы» является невыполнимым, так как неизвестен предел области протяжения, на котором надлежит отыскивать пораженные железы. Едва ли можно говорить об удалении всех желез и всей клетчатки, об «очистке» таза, ибо это практически невыполнимо.

Для суждения об эффективности отдельных оперативных методов при лечении рака матки Д. О. Отт в 1913 г., на XVII международном съезде в Лондоне, где он также являлся официальным докладчиком, сопоставил три способа:

1. Удаление матки по расширенному способу путем чревосечения.

Непосредственные результаты оперативного лечения рака шейки матки (по Отту)

	Расширенный способ			Обыкновенный влагалищный путь	
	чревосечением	влагалищным путем		Отт	
		Вертгейм	Шауга		по 1908 г.
		1910 г.	1911 г.		
1 Общее число больных, оперированных по поводу рака шейки матки	500	445	498	277	345
2 Число смертных случаев после операций	97	40	44	5	6
3 Процент летальности	19,4	8,9	8,8	1,8	1,7
4 Число случаев повреждения мочеточников	50 (10%)	16 (3,5%)	16 (3,2%)	0%	0%
5 Число случаев повреждения мочевого пузыря	50 (10%)	25 (5,6%)	—	0%	0%
6 Число случаев повреждения кишечника	6 (1,2%)	5 (1,1%)	—	0%	0%
7 Общее число случаев нарушений смежных органов	106 (21,2%)	46 (10,3%)	—	0%	0%
8 Процент нагноения брюшной стенки	42,4%	—	—	—	—
9 Число эквентераций	20 (4%)	—	—	—	—
10 Число незаконченных операций	79 (13,6%)	26 (5,5%)	—	—	—

Отдаленные результаты

		Расширенный способ			Обыкновенный влагалищный путь	
		Вертгейм	влагалищным путем		Отт	
			Шауга		по 1908 г.	по 1913 г.
			1910 г.	1911 г.		
1	Число оперированных не менее 5 лет назад	250	211	258	191	295
2	Число смертных исходов после операций	63	24	29	4	5
3	Число смертных случаев после операций в проц.	25,2	11,3	11,2	2,1	1,7
4	Процент операбельности	43,2	49,7	54	42,8	—
5	Оставшиеся после операций в живых	187	187	229	187	290
6	Число случаев, где исход остался неизвестным	4	12	—	35	41
7	Число случаев, оперированных и прослеженных после операций в течение 5 и более лет	180	172	—	152	246
8	Из них излечилось коренным образом (в процентах)	57,6	39,7	37,9	36,2	34,1
9	Процент сохраненных жизней в 5-летний срок из всего числа оперированных	42,9	35,1	33,6	28,8	28,7
10	Число случаев коренного выздоровления на 1 смертный случай	1,7:1	3:1	3:1	13,8:1	17:1
11	Сравнительная вероятность коренного выздоровления на 1 смертный случай	1,5	1,1	1,1	1,0	1,0
12	Сравнительная вероятность смертного исхода в пропорциональных числах	14,8	6,6	6,6	1,2	1,0

2. Удаление матки по расширенному способу через влагалище.

3. Простое удаление матки через влагалище.

Сравнительную оценку оперативных вмешательств он сделал на основании процента первичной смертности и количества больных, оставшихся в живых не менее, чем через 5 лет после операции.

Анализируя данные Вертгейма, Д. О. Отт отмечает, что первичная смертность после операции является очень высокой, составляя 19,4%. Очень часто наблюдаются нарушения целостности смежных органов (21,2%). Очень высок процент нагноения брюшной стенки (42,4%), из коих 4% сопровождается эвентерацией. Учитывая, что процент длительного излечения после этой операции не высок, составляя 42,9%, Д. О. Отт делает вывод, что применение этой операции должно быть до крайности ограничено, ввиду того, что получаемые результаты не окупают связанный с ней риск. Нужно отметить, что свое отрицательное отношение к операции Вертгейма Дмитрий Оскарович делает не только на основании теоретических рассуждений, но и основывается на своем личном опыте оперативного вмешательства по этому методу. По мнению Д. О. Отта, данные Шаута представляют шаг вперед в деле лечения рака матки. Отдаленные результаты, получаемые после этой операции, превосходят данные, полученные после брюшностеночного способа. На основе приведенных сравнительных материалов оперативных вмешательств, Дмитрий Оскарович, как мы уже упомянули, делает вывод, что для больных менее рискованно подвергаться обычному влагалищному удалению матки, чем расширенному способу удаления, особенно путем чревосечения. Нужно отметить, что вскоре, с усвоением техники влагалищного удаления пораженной раком матки, эта операция стала проводиться все с большим захватом смежных тканей. Для большего удобства применения этого способа, Дмитрий Оскарович стал практиковать срединное рассечение промежности. Несколько лет спустя то же предложил Шухард. Утилизируя этот метод, Шаута описал свой способ расширенной операции через влагалище.

При оценке каждого случая с точки зрения оперативного вмешательства Д. О. Отт стоял на точке зрения строгой индивидуализации. Если при поражении раковым процессом шейки матки возможен некоторый выбор в отношении способа оперативного вмешательства, то при поражении раковым процессом полости матки, по мнению Д. О. Отта, влагалищный метод удаления матки является единственно правильным. Так, он получил в 68,2% случаев длительное излечение у больных при удалении через влагалище пораженного раком тела матки. Если учесть, что процент длительного излечения у некоторых авторов еще выше, то, по мнению Д. О. Отта, не может быть сомнения в том, что простое влагалищное удаление матки является для больных более выгодным, чем рискованное чревосечение. Отдавая предпочтение простому влагалищному удалению матки, Д. О. Отт считал необходимым стремиться к такому оперативному методу, который отличался бы доступностью расширенной операции, имел бы первичную смертность, как при простой влагалищной экстирпации, и давал бы такой же процент длительного излечения, как при расширенной абдоминальной экстирпации.

При преемниках Д. О. Отта, профессорах Р. В. Кипарском и А. В. Марковском, в 20-х годах нынешнего столетия постепенно начинают приобретать перевес новые взгляды на лечение рака

матки. Неудовлетворяющие отдаленные результаты, получаемые при удалении влагалищным путем пораженной раком шейки матки, заставили искать более радикальных методов лечения этого заболевания. Следуя традициям школы Отта, Р. В. Кипарский и его сотрудники, в течение ряда лет, при поражении раком шейки матки удаляли матку через влагалище, причем получали не более 2% первичной смертности. Р. В. Кипарский считал, что каждый случай необходимо индивидуализировать, оценивать его операбельность с точки зрения технической трудности. С этой точки зрения, по его мнению, в одних случаях лучше применять влагалищный метод, в других — абдоминальный метод оперативного пособия. Все же влагалищным методам отдавалось предпочтение при прочих равных условиях.

Большая смертность от рецидивов при простой влагалищной экстирпации матки заставила искать новых оперативных методов, которые давали бы более значительный процент стойких излечений, при небольшом проценте первичной смертности. Расширенная вагинальная операция по методу Шаута — Штеккель (1930 г.) являлась той операцией, которая более отвечала современным требованиям. Первую операцию по методу Шаута — Штеккель произвел в СССР Р. В. Кипарский, а остальные случаи в нашем институте оперировались проф. Козинским. Последний в своей работе «Расширенная влагалищная операция рака шейки матки» (1935 г.) приходит к выводу, что необходимо пересмотреть вопрос о преимущественном применении операции Вертгейма при лечении рака шейки матки, и что заменяющей ее должна считаться операция по методу Шаута — Штеккель. Преимуществом ее является небольшая первичная смертность, малый процент послеоперационных осложнений, возможность легко удалить наибольшее количество тазовой клетчатки. Проф. Козинский отмечает, что эта операция является особенно показанной у женщин тучных, страдающих пороком сердца

Расширенные операции

	Вертгейм	Шаута	Штеккель
Общее число оперированных	500	445	500
Процент первичной смертности	19,4%	8,9%	4,8%
Число повреждений мочеточника	10%	3,5%	} 6,3%
Число повреждений мочевого пузыря	10%	5,6%	
Число повреждений кишечника	1,2%	1,1%	—
Общее число повреждений соседних органов	21,2%	10,3%	9,8%
Длительность излечения	—	—	50%

и другими осложнениями, где нельзя применять расширенную операцию по Вертгейму.

Придерживаясь методики Шаута — Штеккель, Б. А. Козинский произвел 53 расширенных влагалищных операции по поводу рака шейки матки, с первичной смертностью в 1,9%. Не делая обобщенных выводов на основе этого небольшого материала, Козинский все же считал, что расширенная влагалищная операция по методу Шаута — Штеккель может заменить операцию Вертгейма.

Если сопоставить расширенные влагалищные операции по поводу рака шейки матки с расширенной абдоминальной, явно выделяются преимущества первых.

На основании вышеприведенной таблицы легко убедиться, что процент первичной смертности при расширенной влагалищной операции, число повреждений соседних органов значительно меньше, чем при операции Вертгейма. Меньшее число повреждений соседних органов при наличии длительного излечения в 50%. Несмотря на это, расширенная влагалищная операция при раке шейки матки не нашла себе широкого применения. Это можно объяснить сложностью оперативной техники, малой доступностью для большинства врачей усвоенной этой техники, а главное, существующим увлечением расширенной абдоминальной операцией.

Проф. Марковский, сопоставляя результаты послеоперативных вмешательств при *Ca uteri* после расширенной абдоминальной операции, расширенной влагалищной и простой общей экстирпации матки, склоняется в пользу последней.

Свои возражения против применения операции Вертгейма Д. О. Отт обосновывал на значительном проценте непосредственной смертности после этой операции.

Однако с течением времени в технике этой операции появились существенные усовершенствования, которые способствовали значительному снижению первичной смертности.

С 1930 г. ближайший ученик Р. В. Кипарского, проф. А. Э. Мандельштам, существенно усовершенствовал методику расширенной экстирпации матки по Вертгейму. С 1930 по 1940 г. в руководимых им клиниках была проделана в 132 случаях расширенная экстирпация матки по методу Вертгейма с первичной смертностью в 4,5%, т. е. результаты были наиболее благоприятными по сравнению со многими авторами (Орлов, Попов, Брауде, Скробанский и др.). Эти благоприятные данные, полученные проф. Мандельштамом, явились в результате: 1) выработанной и научно обоснованной тщательной предоперационной подготовки больных, 2) профилактического обеззараживания раковой язвы и усовершенствования техники самой расширенной операции, 3) тщательного послеоперационного ведения больных.

Перед операцией больные тщательно обследовались с терапевтической стороны, с обращением сугубого внимания на состояние сердца и легких. В случаях наличия каких-либо изменений со стороны

сердца и легких, производилась соответствующая предоперационная подготовка больных. Профилактическое применение углекислоты позволило свести к минимуму те осложнения со стороны дыхательных путей, которые, как известно, нередко наблюдаются в послеоперационном периоде у многих хирургов. Эта тщательная подготовка больных обеспечивала более гладкий период дачи наркоза и неосложненное послеоперационное течение. Эти моменты многими авторами или недооценивались или вовсе игнорировались.

Кроме общей подготовки больных, А. Э. Мандельштам перед операцией проводил подготовку раковой язвы и влагалища путем спринцевания раствором сулемы 1:2000. Эти спринцевания в течение 5 суток производились ежедневно двукратно, во всех случаях.

С точки зрения прогноза исхода операции большое значение придавалось зарубежными авторами (Бумм, Варнекрот, Руге и др.) микробной флоре раковой опухоли, определяемой путем реакции Руге-Филиппа. Однако тщательная проверка убедительности прогноза по реакции Руге-Филиппа, проведенная А. Э. Мандельштамом, показала, что данная реакция является недостаточно надежной в отношении правильного прогноза. Если и раньше считалось, что содержащиеся в раковой опухоли гемолитические стрептококки могут, размножаясь в крови больной, оказаться опасными с точки зрения возможности последующих септических заболеваний, то А. Э. Мандельштам доказал, что при надлежащей обработке раково-пораженной шейки матки положительная реакция Руге-Филиппа часто переходит в отрицательную. Применением выскабливания раковой опухоли перед операцией, с последующим прижиганием пакеленом, а также промыванием влагалища раствором сулемы, достигалось значительное очищение раковой язвы. Кроме того, при экскохлеации более или менее ясно определяется степень распространения процесса. Обоснованность последних мероприятий может демонстрировать частота нагноительных процессов после операций. Так, по материалам А. Э. Мандельштама нагноение в швах наблюдалось всего в 3% случаев, в то время как по другим авторам, не применявшим указанных мероприятий, нагноение в швах наблюдалось в 31% случаев. Не наблюдались на материале А. Э. Мандельштама столь частые после этой операции параметриты, периметриты, пельвеоперитониты, в то время как на материале Скробанского они отмечены в 5—6%, а у многих других авторов вдвое чаще. Одной из самых частых причин смерти больных во время операций и непосредственно после операций являлся травматический наркозный шок. Так, Скробанский считал, что 50% больных погибает от шока, Максимов — 35,7% и т. д. Профилактическим переливанием крови во время операции или непосредственно после операции, укорочением срока операции (средняя продолжительность расширенного чревосечения 1 ч. 30 минут) А. Э. Мандельштаму удалось снизить частоту шока до минимума.

Расширенная операция производилась с перевязкой подчревной артерии. Удаление матки и придатков сочеталось с широким удале-

нием клетчатки и лимфатических желез, которое производилось начиная с бифуркации общей подвздошной артерии. Мочеточники выделялись на большом протяжении до впадения в мочевой пузырь.

Применение тампона Микулича при расширенной операции А. Э. Мандельштам считал излишним и с 1932 года перешел к так называемому бестампонному дренированию подбрюшинных пространств.

Частыми осложнениями в послеоперационном периоде являются катары мочевого пузыря, а в некоторых случаях дело доходит до восходящего пиелита. Широкая отсепаровка мочевого пузыря при расширенной операции нарушает его кровоснабжение и нервные связи. В результате нередко в послеоперационном периоде наблюдается атония мочевого пузыря. Моча застаивается и разлагается, что ведет к катару мочевого пузыря со всеми вытекающими последствиями. Применение катетера *à demeure*, с последующим ежедневным промыванием мочевого пузыря в течение 4—5 дней большей частью избавляет больную от этого осложнения. Нужно отметить, что настоящее осложнение многими авторами недооценивается и не принимаются меры к предотвращению его.

После радикальной операции больные подвергались в обязательном порядке двукратному облучению рентгеновскими лучами.

Радикальная операция рака шейки матки, как известно, сопровождается кастрацией, что довольно скоро вызывает у больных более молодого возраста тяжелые «явления выпадения», тяжело отражающиеся не только на соматическом, но и на психическом их состоянии. Во всех случаях больные подвергались обязательному облучению рентгеновскими лучами, и об яичниковой деятельности в дальнейшем не могло быть и речи. С целью профилактики «явлений выпадений» проф. А. Э. Мандельштам в своей работе «Об аутотрансплантации яичников при радикальной операции рака шейки матки» предложил после операции вырезать из удаленных яичников пластинку ткани и пересаживать в жировую клетчатку одной из грудных желез. Пересадка в грудную железу яичниковой ткани предлагалась потому, что это место не попадало в сферу облучения. Теоретические предпосылки проф. Мандельштама получили убедительные практические подтверждения на достаточном приложенном материале. Исходя из тех же соображений, Г. Н. Туманов в своей работе в 1936 г. предложил стебельчатую пересадку яичников, которые оставались в связи с *Lig. Infundibulo-Pelvicum*, в задний листок брюшины в области эпигастрия с тем, чтобы при последующем облучении яичники не попали в сферу действия рентгеновских лучей.

Среди других вопросов, касающихся рака женской половой сферы, А. Э. Мандельштам один из первых в СССР начал заниматься вопросом о радикальном оперативном лечении рака наружных половых органов. Нужно отметить, что этому вопросу уделялось мало внимания по сравнению с раком матки. Сравнительная редкость данного заболевания и связанный с этим незначительный опыт каждого оператора затрудняли разработку эффективного лечения. В своей боль-

шой обстоятельной главе «Злокачественные опухоли наружных половых частей», помещенной в руководстве под редакцией Лившиц и Мельникова (1932 г.), и в работе «*Beträg zur Radicaloperation des vulvocarc*» (1933 г.) А. Э. Мандельштам с исчерпывающей ясностью и полнотой изложил клинику и терапию этой группы злокачественных новообразований.

Мероприятия, которые выработал и успешно применял А. Э. Мандельштам при расширенной операции рака шейки матки, рака вульвы, удаления матки при поражениях ее полости и др., являются дальнейшим этапом в развитии тех взглядов, которых держался Дмитрий Оскарович Отт в вопросе лечения рака половой сферы, и которые были частью модернизированы его непосредственным преемником, проф. Р. В. Кипарским.

НЕОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

акusher-lib.ru

Проф. **В. А. ПОЛУБИНСКИЙ**

и научн. сотр. **М. А. ТУРДАКОВА.**

Очерк развития гинекологической клиники неоперативных методов лечения в ЦИАГ

Этапы развития

В Центральном институте акушерства и гинекологии, именовавшемся прежде Клиническим повивально-гинекологическим институтом, стационарное лечение гинекологических больных началось с 1884 г., когда впервые было открыто скромное гинекологическое отделение на 6 коек. На протяжении длительного срока, во времена Этлингера и Баландина, т. е. до 1892 г. неоперативные методы являлись доминирующим способом лечения гинекологических заболеваний. Однако их применение в то время еще не имело под собой строго обоснованной научной базы и было направлено в основном на устранение симптомов заболеваний, распознавание и классификация которых, кстати сказать, были далеки от современной диагностической четкости. В первые два десятилетия существования гинекологического отделения основное внимание центрировалось на матке, заболевание которой диагностировалось у 90% всех стационарных больных. На придатки, параметрии и брюшину не обращалось почти никакого внимания.

В отчете Гугенбергера за 1845—1859 гг. заболевания яичников упомянуты лишь у 30 из 597 больных, т. е. в 5% случаев, воспаления брюшины в 3%, а о параметритах и о заболевании труб вообще нет указаний. Только со времени Баландина (1872—1892 гг.) диагностика гинекологических заболеваний приобретает большую точность; среди воспалительных заболеваний различаются воспаления придатков, брюшины и околоматочной клетчатки. Оперативное лечение применялось чрезвычайно редко. Из опухолей радикально оперировались только полипы шейки и полости матки, сидящие

на ножке. При раке шейки матки иногда производилась ампутация шейки, а чаще терапия ограничивалась прижиганием раковых язв «каленным железом». Иногда применялся разрез заднего свода влагалища (при заматочной кровяной опухоли). Лечение свищей ограничивалось прижиганиями «каленным железом и адским камнем». Только в конце периода работы Баландина начали прибегать к более трудным операциям — дважды была произведена миомотомия, 4 раза — овариотомия, 4 раза зашивание свищей.

Лечение девиаций матки заключалось в зондировании и в применении пессариев.

Лечение хронических воспалительных заболеваний осуществлялось путем общеукрепляющего лечения и местными средствами — «пиявками, сидячими ваннами, спринцеваниями, прижиганиями канала шейки и полости матки» (Из отчета Гугенберга).

За первый (дооттовский) период через гинекологическое отделение прошли 2221 больная или, в среднем, по 45 больных в год. Смертность колебалась от 2,8% (при Этлингер) до 0,6% (при Баландине), без терапевтического эффекта остались 10—16,4%, в остальных случаях был получен больший или меньший благоприятный эффект.

С 1893 г., со времени назначения директором института Д. О. Отта, в деятельности гинекологической клиники произошли значительные перемены: число гинекологических больных сразу увеличилось почти вдвое — в среднем до 160 больных в год. Первое место в терапии занял оперативный метод лечения, прием в клинику больных для неоперативного лечения был резко ограничен до 11—15% общего числа гинекологических больных. Контингент неоперативных больных состоял главным образом из страдающих воспалительными заболеваниями верхнего отдела половой сферы. Из неоперативных методов наиболее излюбленными были гидротерапия и гинекологический массаж. При хронических воспалительных заболеваниях «гидротерапия применялась как для местного действия в виде горячих влагалищных душей, сидячих ванн, обертываний, согревающих компрессов, так и для усиления общего обмена веществ — теплые и горячие соленые ванны или для успокоения нервной системы — индифферентные ароматические ванны» (Сто лет деятельности Императорского Клинического повивального института).

Гинекологический массаж производился ручным способом по Тур-Брандту или с помощью электровибратора. Массаж применялся при законченных воспалительных процессах и для растяжения рубцов, обуславливающих девиации матки. Для ортопедического лечения девиаций чаще всего употреблялись кольца Годже. Излюбленным дезинфицирующим средством являлась сулема, вяжущим — древесный уксус, прижигающим — иодная настойка на плейферовском зонде.

Начало и расцвет деятельности Д. О. Отта характеризуются в гинекологии значительным преобладанием оперативного метода. Неоперативные методы лечения, применявшиеся на 12—15% стационарного материала, не привлекали внимания современников и не являлись объектом научной разработки. Больные в гинекологический стационар

принимались преимущественно для оперативного лечения. В связи с этим изменился в значительной мере и состав больных. Больные с воспалительными заболеваниями, составлявшие прежде основную массу стационарированных больных, принимались неохотно, так как не давали достаточно широкого поля деятельности для ножа. Воспаления придатков и тазовой клетчатки составили в 1904—1907 гг. меньше 10% случаев, в то время как в городских больницах и в амбулаторной практике они составляли половину всех гинекологических больных. Но даже и на этом материале оперативному лечению подвергались свыше 50% больных.

Однако на последнем этапе деятельности Д. О. Отта неоперативные методы начинают снова внедряться в гинекологическую клинику, но на этот раз уже не в качестве паллиативных и симптоматических способов, а как активные и радикальные методы терапии.

Первым неоперативным методом, который имел основание претендовать на активность и радикализм, является лечение радием, введенное в клинику в январе 1914 г. Тогда же было организовано так называемое раковое отделение с числом коек от 10 до 20. В этом же 1914 г. в институте были установлены два рентгеновских аппарата системы Реформ фирмы Файфа. Они имели универсальное назначение, но для глубокой терапии злокачественных новообразований оказались недостаточно мощными. Кастрационную дозу при длительном освещении они все-таки давали и были использованы для лечения фибромиом и климактерических кровотечений. Кроме того во время первой империалистической войны они были использованы для рентгенодиагностики (Полубинский).

Вторым этапом развития неоперативных методов лечения явилось внедрение физиотерапии в гинекологию. Физические методы лечения в форме гидротерапии от самого начала существования гинекологической клиники находили себе применение еще при Этлингере и Баландине. При создании Оттом нового институтского здания в 1904 г. было оборудовано особое отделение физических методов, включавшее в себя прекрасную водолечебницу и некоторые установки по термосветолечению, которые, однако, не нашли применения в гинекологической практике того времени. Так, например, в этом отделении имелись электромагнит, маленький индукционный рентгеновский аппарат, суховоздушная римская баня, камера-ванна для лечения углекислым газом, общая электросветовая ванна, четырехкамерная электролитическая ванна.

Октябрьская революция внесла коренные изменения в основные принципы лечения трудящихся масс. Это нашло свое отражение в организации обслуживания институтом гинекологических больных и широком внедрении новейших методов лечения. К 1923 г. отделение физических методов лечения было коренным образом переоборудовано и расширено за счет современных установок. Были оборудованы помимо водолечебницы большая грязелечебница, кабинеты светолечебный, ионтофореза, диатермии. В стационаре были выделены койки для стационарного лечения активными физическими методами. Отделение

открыло широкий доступ для амбулаторных больных. С этого времени институт сделался центром научного изучения и широкого внедрения в гинекологическую практику активных физических методов лечения. Все молодые врачи института, экстерны, интерны, аспиранты, проходили в отделении стаж по радио- и физиотерапии. Равным образом эти разделы были включены в план преподавания и на курсах врачей по усовершенствованию. Значительное число сотрудников института проводили научные работы по физиотерапии заболеваний половой сферы женщины (Ягунов, Андрейчук, Лебедев, Кольцова, Беккер, Робачевский, Микеладзе, Водяхина, Кишиневская и др.). И, наконец, третьим этапом развития клиники неоперативных методов лечения явилось в 1930 г. оборудование рентгеновского терапевтического кабинета с мощным аппаратом типа Стабиливольт — Монопан фирмы Файфа — Ренигер — Шалль. Этот аппарат позволил проводить комбинированную радиорентгенотерапию злокачественных новообразований и глубокую рентгенотерапию ряда доброкачественных заболеваний — климактерических кровотечений, фибромиом, воспалительных заболеваний, климактерических неврозоз и др.

Параллельно с радиорентгенотерапией и физическими методами развивались и другие активные неоперативные методы — специфическая терапия в виде вакцинотерапии, фаготерапии, неспецифические методы — протеинотерапия, гемотерапия, химиотерапия. Это направление, основываясь на физиологической и патофизиологической базе, отнюдь не являлось возвратом к первоначальному симптоматическому неоперативному лечению, но представляло собою высшую ступень, основанную на уточненных показаниях, на применении активных методов, приводивших сплошь и рядом к эффективным терапевтическим результатам. Таким образом, были созданы достаточно обоснованные предпосылки для открытия в 1932 г. гинекологической клиники неоперативных методов лечения, которая, постепенно расширяя свою клиническую деятельность, в дальнейшем отпочковала от себя, как самостоятельный отдел, отделение физических методов лечения и рентгенотерапевтическое отделение, с которыми она и на сегодняшний день сохраняет теснейшую связь.

По мере совершенствования неоперативных методов увеличивалось постепенно и количество гинекологических больных, принимаемых в клинику для неоперативного лечения. По отдельным периодам это нарастание может быть схематически продемонстрировано на следующей таблице (см. табл. № 1).

Характеристика клинического материала и достигнутые результаты

Через клинику неоперативной гинекологии со времени ее оформления до закрытия института в связи с Отечественной войной, т. е. за период с 1933 по 1941 г. прошло 2663 больных, которые по характеру заболевания могут быть разделены на следующие группы (см. табл. № 2):

Таблица 1

Периоды	Их характеристика	Количество больных в год, леченных неоперативными методами
1844—1892 гг.	Преимущественно неоперативное лечение	45
1893—1913 гг.	Преимущественно оперативное лечение	50
1914—1922 гг.	Начало применения радия	100
1923—1931 гг.	Организация физиотерапевтического отделения	150
1932—1946 гг.	Организация гинекологической клиники неоперативных методов лечения	330
Всего за 103 года	Стационарировано для неоперативного лечения	Свыше 10 000

Таблица 2

	Наименование заболеваний	Число	%
1	Злокачественные новообразования	708	26,6
2	Рецидивирующие эрозии	194	7,2
3	Климактерические кровотечения	182	6,8
4	Персистирующий фолликул	103	3,8
5	Фибромиомы	137	5,1
6	Воспалительные заболевания	1 001	37,5
7	Бесплодие	45	1,6
8	Внематочная беременность	75	2,8
9	Аборты	100	3,7
10	Прочие заболевания	118	4,4
		2 663	100

Особенностью клинического материала нашей клиники является значительное количество больных, страдающих злокачественными ново-

образованиями, составляющими 26,6% всех стационарированных больных. Это находится в связи с тем, что проблема борьбы со злокачественными новообразованиями и, в частности, радиолечение рака женской половой сферы были издавна предметом особого внимания института. Начав применение лучистой энергии с 1914 г., наш институт является первым советским учреждением, где была применена радиотерапия при лечении рака шейки матки и где были получены хорошие терапевтические результаты. Разработанная в институте методика радиорентгенолечения малыми дробными дозами (Полубинский, 1932 г.) дает наименьшую смертность, незначительное число осложнений, обуславливает наибольший процент длительного излечения и наименьшее количество выявленных рецидивов, обеспечивая в то же время сохранение работоспособности у излеченных больных (Полубинский, Ягунов, Беккер, Протас, Вицкая, Нигин, см. подробнее в отдельной статье о применении лучистой энергии).

Этому успеху в высшей степени содействовала та углубленная работа, которая была проведена К. П. Улезко-Строгановой и ее ближайшей помощницей А. А. Куликовской по разработке теоретических вопросов раковой проблемы (экспериментальный рак, роль активной мезенхимы, культура раковой ткани, канцерогенные и антибластические факторы) и по тщательному гистологическому анализу клинического материала.

Вопросы преанципера интересовали институт и с точки зрения изучения патогенеза рака, и в отношении санации преанциперных состояний. Практически в группу угрожающих по раку мы относили длительно незаживающие эрозии и эндоцервициты, рецидивирующие фолликулярные и папиллярные эрозии. Применяемое нами активное лечение — радий (Полубинский) и диатермоэлектрокоагуляция (Ягунов) во всех случаях сопровождалось излечением больных и предупреждением развития злокачественного новообразования.

Клиника уделяла много внимания разработке методики ранней диагностики рака, изучению изменений обмена при раке и вопросу оценки критериев излеченности. В этом отношении большим вкладом в науку являются работы проф. Ягунова, Беккера, Полубинского и Кравец. Проблема лечения лучистой энергией климактерических кровотечений (756 случаев) была разрешена клиникой путем разработки методики радиорентгенотерапии, дающей 100% излечения (Полубинский, Протас, 1925 г., Лебедев, 1929 г., Полубинский и Протас, 1933 г.). Клиника провела большую работу по уточнению показаний и выбора методов лечения кровотечений при персистирующем фолликуле (Ягунов, Гуревич).

Неоперативное лечение фибромиом матки, в частности, уточнение показаний для рентгенорадиолечения и разработка методики лечения фибромиом матки лучистой энергией были предметом специального изучения клиники на стационарном (265 случаев) и амбулаторном (706 случаев) материале. Попутно было проведено клиническое сравнение терапевтического действия кастрационных и временно кастрационных доз (Полубинский, Протас, Лебедев). Рав-

ным образом на амбулаторном материале был разработан метод лечения климактерических неврозов при помощи рентгенизации гипофиза (92 случая).

При перечисленных выше формах заболеваний применялось преимущественно лечение лучистой энергией и анализ достигнутых результатов и более подробное описание методики лечения будут сообщены в отдельной статье («Применение радио- и рентгенотерапии»).

Наиболее частой формой заболевания на материале гинекологической клиники неоперативных методов лечения за период времени с 1934 по 1941 г. являются воспалительные заболевания женской половой сферы. Они составляют 37,5% всего клинического материала (1001 больная). Относительно низкий процент их объясняется тем обстоятельством, что на стационарное лечение принимались только наиболее тяжелые формы с потерей трудоспособности, т. е. в острой и подострой фазе, а из хронических больных только те, у которых наблюдались длительные кровотечения, резкие болевые ощущения, частые обострения. Остальные лечились амбулаторно. Общее количество тех и других (на стационарном и амбулаторном материале) составляет за различные годы от 50 до 60% всего контингента гинекологических больных.

По локализации процесса стационарированные больные могут быть разделены на следующие группы:

	Число случаев	Процент
1. Разлитой перитонит	2	0,2
2. Пельвеоперитонит	85	8,5
3. Экссудативный параметрит	63	6,3
4. Перипараметрит	92	9,2
5. Воспаление придатков матки экссудативн.	385	38,5
6. Туберкулез придатков и брюшины	29	2,9
7. Перисальпингоофорит	226	22,6
8. Маточные кровотечения различной этиологии	59	5,9
9. Заболевания нижних половых путей	60	6,0
	1 001	100

Сопоставляя эти данные с отчетом Гугенбергера за 1845—1859 гг., нельзя не отметить громадной разницы в топической диагностике воспалительного процесса. 100 лет тому назад воспаления матки определялись у 90% всех стационарных больных, а воспаления придатков — только в 5%; в данное время воспалительные изменения придатков диагностируются в 64%, а самостоятельные заболевания матки (эндометриты без поражения придатков) в 6%. Заболевания параметрия

у Гугенбергера совсем не упоминаются, а теперь вместе с перипараметритами они составляют 15,5%. Значительную эволюцию претерпела также и этиологическая диагностика. В данное время мы научились распознавать у 3% воспалительных больных туберкулез придатков и брюшины (Болгова), уяснили роль колибациллярной инфекции (Беккер — 77%), имеем более или менее отчетливое представление о частоте и значении смешанной инфекции (Полубинский и Беккер, 1935 г. — 55%).

Большие достижения имеются в деле распознавания скрытой гонорреи. Разработаны эффективные методы провокации — цинковым ионофорезом (Ягунов — 55%), грязевыми тампонами (Кишиневская), длительной влагалищной диатермией (Фейгель).

Освоена эффективная методика бактериологической диагностики по способу Мак-Леода (Крыжановская), проверен и усовершенствован метод кожной вакцинодиагностики (Беккер), разработан оригинальный метод дифференциальной вакцинодиагностики с прибавлением собственной или консервированной крови (Полубинский). Насколько велики успехи по выявлению гонококка, видно из того, что в 1935 г. Майзель добился на амбулаторном материале обнаружения гонококков у 40% подозрительных по гоноррее больных, а в 1945 г. на стационарном материале удалось доказать присутствие гонококков у 75% подозрительных больных; Беккер при помощи кожной вакцинодиагностики в 1935 г. выявил гонорройную этиологию у 75%, а в 1940 и 1945 г. применение оригинального метода вакцинодиагностики с прибавлением крови дало 90% положительных результатов (Полубинский и Никитина).

При лечении стационарированных в клинике 1000 воспалительных больных за время с 1934 по 1941 г. были получены следующие результаты:

Благоприятный эффект	96,3%
Без эффекта	2,1%
Не закончили лечения	1,4%
Летальность	0,2%

Умерло 2 больных, обе от разлитого перитонита. Мы не приводим отдельно процента излечений и улучшений и не подразделяем излеченных на пальпаторно и функционально выздоровевших, так как считаем, что такое деление является при современных критериях излеченности в достаточной степени субъективным.

Гораздо более ценным на наш взгляд является длительное наблюдение в порядке диспансеризации выписавшихся с благоприятным эффектом, что мы неукопнительно проводили по отношению к раковым больным и по мере возможности и при воспалительных заболеваниях. Так, например, на серии в 325 воспалительных больных, проанализированных к 1935 г., были выявлены при последующем наблюдении рецидивы в 31%, в то время как при обычном симптоматическом лече-

нии рецидивируют до 85% воспалительных больных (Полубинский и Беккер, 1935 г.). При комбинированном лечении гонорреи сульфаниламидными препаратами и вакцинами по оригинальной усовершенствованной методике мы в 1945 г. получили только 3% отказа, в то время как одна сульфамидотерапия с местным лечением дает от 20 до 40% отказа.

Длительность пребывания воспалительных больных в клинике равна в среднем 29 койкодням, а при лечении гонорройных больных с выявленными гонококками — 53 дням. Эффективность лечения воспалительных заболеваний в высшей степени зависит от правильного выбора терапевтических средств и их рациональной комбинации в одновременном и последовательном применении в зависимости от локализации, этиологии и фазы воспалительного процесса. Из заболеваний нижних мочеполовых путей наибольшего внимания заслуживает гоноррея. На амбулаторном материале Майзель, применяя местное лечение в комбинации с восходящими дозами внутримышечной вакцинации, получил благоприятный эффект в 86% с исчезновением гонококка при контроле от 6 месяцев до 2 лет (Майзель, 1935 г.). Кишиневская получила 84% благоприятного эффекта при внутрицирвикальном ионофорезе с марганцевокислым калием по методике Ягунова.

В 1945 г. Полубинский и Никитина, применяя комбинированный оригинальный метод сульфаниламидотерапии и шейечной вакцинации, повысили благоприятный эффект до 97%. 3% больных, давшие отказ, были тоже излечены диатермо-электрокоагуляцией по Ягунову.

При воспалительных заболеваниях верхнего отдела женского полового аппарата выбор метода определяется прежде всего остротой (фазой) процесса.

При острой фазе при наличии перитонеальных явлений вполне удовлетворительные результаты (до 93% эффекта) были получены при старом противовоспалительном лечении — постельный режим, жидкая диета, лед на живот, опий с салолом (Полубинский и Беккер); применение лечения по принципу *therapia sterilisans magna* — внутривенного введения колларгола, хлористого кальция и др. не привело к достаточно эффективным результатам (Бубличенко). Протеинотерапия в форме парентерального введения альбихтола, ихтиола, скипидара (Бубличенко), аутогемотерапия, аутогемолиз (Робачевский и Бланк) — методы, оправдавшие себя при подострой фазе, могут усилить экссудацию, вызвать нагноение и увеличить перитонеальные явления. С целью abortивного действия может быть рекомендовано применение рентгеновских лучей в малых дозах (Полубинский и Протас) или гиперэртемные дозы ультрафиолетовых лучей (Ягунов); оба метода могут применяться при отсутствии нагноительного процесса. При сактосальпинксах, тубовариальных абсцессах и старых нагноившихся гематоцеле, полезна аспирация жидкости при помощи пункции с последующим введением риванола, соответствующего фага или пифага и пенициллина. По снижению

перитонеальных явлений показано лечение с помощью сульфаниламидных препаратов, лучше всего сульфотиазола (Динец).

При подострой фазе полностью оправдали себя в практике клиники неоперативной гинекологии — лучистое тепло, горячие тазовые ванны, соллюкс, УВЧ (Ягунов), протеинотерапия — альбихтол, ихтиол, (Татаркина), при экссудативных параметритах с лейкопенией — скипидар (проф. Бубличенко), при кровотечениях — аутогемотерапия (Попова-Дюмина), при кровотечениях на почве персистирующего фолликула вследствие периоофорита — освещение сводов влагалища лампой Ландекера (проф. Ягунов), при туберкулезе придатков и брюшины — общий кварц (Беккер), а в случаях, не поддающихся кварцеванию, — временная кастрация рентгеновыми лучами или радием (Полубинский и Протас).

Из методов специфического лечения наиболее эффективным методом оказалась шеечная вакцинотерапия с добавлением крови (по оригинальной методике проф. Полубинского, 1940 и 1945 гг.), применяемая через 10 дней по окончании фебрильного состояния.

В хронических случаях применяются те же факторы раздражающей терапии и кроме того влагалищная диатермия (Кишиневская), при гонорройной этиологии — цинковый ионтофорез, при септической и колибациллярной инфекции (Водяхина), кальциевый ионтофорез при склонности к кровотечениям (Водяхина), марганцево-калийский ионтофорез при гонорройных эндоцервицитах (Кишиневская), гальванизация через грязь при мешетчатых опухолях придатков матки (Микеладзе), внекурортное грязелечение (Андрейчук, Микеладзе, Качан), грязелечение на курорте (Ягунов, Беккер, Мажбиц), при брюшинных спайках и эндосальпингитах (непроходимость труб — иодистый ионофорез (Водяхина), при вызывающих смещение матки старых рубцов и спайках — гинекологический массаж.

Перспективы дальнейшей работы гинекологической клиники неоперативных методов лечения

Физиологическое направление, завоевавшее в данное время в акушерско-гинекологической науке ведущую роль, выдвигает на более видное место те задачи, которые решает наша клиника.

Гинекология в разделе терапии должна будет постепенно все более и более переключаться на неоперативные методы, изыскивая пути и способы так называемой патогенетической терапии. Если мы на сегодняшний день благодаря применению лучистой энергии приблизились к разрешению проблем лечения климактерических кровотечений и в значительной мере продвинули вперед дело неоперативного лечения фибромиом, то в вопросе борьбы со злокачественными заболеваниями и с воспалением женских половых органов еще многое необходимо сделать.

В проблеме рака необходимо уточнить понятие о предраке, диагностику и лечение предраковых состояний, необходимо углубить наше представление о роли эндогенных канцерогенных факторов, изучить

достоверные критерии излеченности, разработать более совершенные методы ранней диагностики и эффективного лечения рака.

Одной из задач исследовательской работы является изучение изменения реактивности женского организма под влиянием различных терапевтических факторов. М. А. Турдакова проводит данную работу в отношении влияния сульфаниламидной терапии, АЦС, вакцинотерапии, гиперкварца и УВЧ, причем в качестве показателей реактивности она применяет тесты с кожной реакцией при введении трипановой синьки и с выяснением изменений в отношении комплементарной силы и бактерицидности крови. По ходу проводимой работы на сегодняшний день выяснена бесспорная зависимость этих иммунологических показателей от фазы воспалительного заболевания с нарастанием индексов к концу заболевания и к периоду выздоровления; установлен параллелизм изменений в количественных выражениях данных тестов и общеклиническим состоянием больного организма и благоприятное влияние применения некоторых терапевтических факторов на повышение реактивности женского организма.

В области воспалительных заболеваний необходимо уточнение распознавания скрытой гонорреи, изучение роли и значения смешанной инфекции, влияния анаэробов; необходимо разработать новые методы и усовершенствовать современные методы диагностики и терапии воспалительных заболеваний женской половой сферы.

Проф. **В. А. ПОЛУБИНСКИЙ**
и научн. сотр. М. А. НИГИН

Применение радиоактивных веществ и рентгеновских лучей в ЦИАГ

Открытые в конце XIX столетия радий и рентгеновские лучи начали систематически применяться в гинекологии за рубежом с 1911 по 1915 г. В России пионером глубокой радиотерапии в гинекологии был Отт, по инициативе которого в 1913 г. были приобретены радий и мезоторий и начато их терапевтическое применение. Основные вопросы радиотерапии рака матки были разработаны в 1915 г. в докторской диссертации Полубинским, которому было поручено изучение этого дела и заведывание раковым отделением ЦИАГ.

Одним из первых вопросов, которые предстояло разрешить, было сравнение терапевтической ценности радия и мезотория. В то время как Крениг полагал, что лучи мезотория действуют более глубоко и что только при помощи мезотория можно осуществить глубокую терапию гинекологического рака, Шauta, наоборот, пришел к заключению о полной бесполезности мезотория и высоко ставил «поразительное» действие на карциному радия.

Исследованиями Полубинского над фотометрическим, биологическим и терапевтическим действием препаратов радия и мезотория была установлена равноценность действия обоих веществ на раковое новообразование. Следующее, что надлежало решить, — это возможность излечения рака радием. Для решения этого вопроса наиболее правильным путем было наблюдение за судьбою леченных, на протяжении 5 лет. Однако имелся и другой, более короткий путь, а именно — гистологическое исследование тканей матки, удаленной радикальной операцией после предварительного освещения лучами радия. В свое время такое комбинированное лечение предложил Викхам с целью оперирования.

Полубинский провел таким методом 7 операбельных случаев рака матки, причем произведенное Улезко-Строгановой микроскопическое обследование удаленных препаратов матки дало картину поврежденных раковых клеток, без обычного для раковой ткани деления клеточных элементов, а в некоторых случаях рак оказался излеченным, и раковые элементы на удаленных препаратах не обнаруживались. Однако после того, как у седьмой оперированной больной развился гнойный перитонит, со смертельным исходом, и в то же время в удаленных органах нигде не было обнаружено при микроскопическом исследовании признаков ракового перерождения, Полубинский отказался от данной комбинации, как опасной. В то же время этот случай явился доказательством возможности полного анатомического излечения рака матки радием.

В соответствии с имевшимися в то время воззрениями на раковые новообразования, как на чисто местный процесс, Полубинский вначале стремился, как и прочие радиотерапевты, к предоставлению больших доз в короткие сроки, но вскоре убедился в ошибочности такой методики.

В свое время им было выставлено положение о 7 вариантах возможного действия радия на раковую ткань. При этом он исходил из двух предпосылок: во-первых, из большей чувствительности эпителиальных элементов раковой опухоли по сравнению с соединительнотканной стромой, и, во-вторых, из возможности тройного образа действия радия на любую ткань, и, в частности, на раковое новообразование. Полубинский предполагал, что для каждой клетки имеется большая доза, приводящая ее к некрозу, малая доза, стимулирующая ее жизнедеятельность, и какая-то средняя доза, лишаящая клетку способности к делению и вызывающая ее некробиоз. Эти положения Полубинского состояли в следующем:

1. Данная доза является большой и для эпителиальных элементов и для соединительной ткани, она влечет за собой быструю смерть всех клеток, более или менее глубокий некроз; в результате — потеря вещества, как от любого прижигающего вещества.

2. Данная доза является большой для эпителиальных элементов опухоли и средней для соединительной ткани. В результате — быстрая гибель раковых элементов, последующее отмирание и соединительной ткани — поздно наступающий сплошной дефект вещества, т. е. запоздалое появление язв, свищей и кровотечений по отпадению соединительнотканного струпа.

3. Данная доза является большой для эпителиальных элементов опухоли и малой для соединительной ткани. В результате: быстрое расплавление раковых элементов, возможное появление признаков интоксикации, в дальнейшем разрастание соединительной ткани и закрытие внутритканевых дефектов от уничтоженных раковых элементов. Возможно с течением времени восстановление нормальных анатомических отношений органов, чаще, однако, последующее стенозирование (канала шейки, влагалища). В результате — желательный терапевтический эффект действия радия.

4. Данная доза является средней для раковых элементов и малой для соединительной ткани. Результат: вначале отсутствие изменений макроскопической картины. Под микроскопом уменьшение или отсутствие фигур деления. Со стороны соединительной ткани может быть начинающаяся пролиферативная деятельность, влекущая за собою замуравывание еще индивидуально жизнеспособных раковых клеток. Впоследствии отмирание лишенных геноцепторов раковых элементов и дальнейшая пролиферация соединительной ткани. В результате — тоже желательный терапевтический эффект, при котором отсутствуют, кстати сказать, и явления бурной аутоинтоксикации.

5. Данная доза является малой и для раковых элементов и для соединительной ткани. В результате — усиленный рост всех элементов опухоли.

6. Данная доза является малой для раковых элементов и не действует совершенно на соединительную ткань. В результате — усиленный рост эпителиальных компонентов опухоли.

7. Данная доза чересчур мала, не действует и на раковые элементы. В результате — отсутствие эффекта действия. (Из диссертации П. О. Лубинского, 1915 г., стр. 79—80).

Исходя из этой рабочей гипотезы, нашедшей в дальнейшем подтверждение в клинических наблюдениях и в серии экспериментальных работ, клиника неоперативной гинекологии постепенно перестроила методику применения радия при раке матки, и с 1922 г. перешла на «фракционированное лечение малыми дозами радия». Этот метод, после многолетней его проверки, был опубликован в 1932 г.

Величина дозы для каждого сеанса эмпирически, под контролем микроскопического обследования соскобов, подобрана с таким расчетом, чтобы задержать деление стареющих раковых клеток и одновременно с этим стимулировать окружающую соединительную ткань. Облучение продолжается два месяца с тою целью, чтобы подвергнуть все эпителиальные клетки раковой опухоли действию лучей, в период их старения, учитывая, что срок жизни отдельных раковых клеток продолжается от 6 до 8 недель; таким образом, возникновению новых раковых клеток будет положен предел, путем последовательного некролиза, а на соединительнотканые компоненты опухоли и на окружающую здоровую соединительную ткань радий окажет стимулирующее действие с последующим рубцеванием на месте приложения препарата. Достоинство быть отмеченным, что несколько позже, а именно в 1935 г., Кутар рекомендовал метод рентгенотерапии, построенный по тому же принципу дробности и растянутости доз, как и метод П. О. Лубинского, в отношении радиолечения.

Параллельно с совершенствованием терапевтической методики проводилась в ЦИАГ и успешная разработка теоретических вопросов, касающихся этиопатогенеза злокачественных новообразований.

Улезко-Строганова, много поработавшая в этом направлении, еще в 1909 г. впервые высказала мысль, что рост злокачественных новообразований может быть задержан благодаря реакции со стороны организма. В дальнейшем, она присоединилась к учению о зависимости

Схема метода фракционированного лечения радиом рава матки

Дни	Сеансы	Мг/часы	Место аппликации	Осложнения	Клинический эффект
1	Соскоб. I	600	Благалище	Кровотечения	
2					
3					
4					
5					
6					
7	II	600			
8					
9					
10					
11	III	600		Сепсис	Прекращение бо- лей
12					
13					
14					
15					
16					
17	IV	600			Уменьшение кро- вотечений
18					
19					
20					
21	V	600			
22					
23					
24					
25					
26					
27	VI	600	Канал шейки матки		Заметное рубцева- ние
28					
29					
30					
31	VII	600			
32					
33					

Продолжение					
Дни	Сеансы	Мг/часы	Место аппликации	Осложнения	Клинический эффект
34					
35					
36					
37	VIII	600			Прекращение кро- вотечений
38					
39					
40					
41					
42	IX	600	Канал шейки матки		
43					
44					
45					
46					
47	X	600			
48					
49					
50					
51					
52	XI	480	Полость матки	Тенезмы кишеч- ника	
53					
54					
55					
56					
57	XII	480			Прогрессирующее рубцевание
58					
59					
60	XIII	480			Через 2 мес.—кли- ническое излече- ние
Всего		7 440			

роста злокачественных опухолей от состояния РЭС или активной мезенхимы.

Экспериментальными работами она подтвердила задерживающее влияние авитаминозной пищи на развитие рака, замедление роста

опухоли под влиянием беременности и ускорение под влиянием витамина «В» и глюкозы. Далее, она подробно изучила те гистологические изменения, которые наблюдались при введении экспериментальным животным препарата селезенки и вилочковой железы, и доказала значительное антибластическое действие этих двух желез. Ее ближайшая сотрудница Куликовская, вводя гормональные вещества экспериментальным животным с трансплантированными опухолями, доказала задерживающее действие на рост опухолей адреналина и усиливающее влияние пролана и фолликулина. Она же, в одной из своих работ, изучила действие гомо- и гетерологической крови на прививаемость и рост злокачественных опухолей у мышей, крыс и кроликов и установила, что «нормальная кровь женщин и особенно гомологическая кровь животных, при предварительном введении ее, уменьшает прививаемость опухолей, а в дальнейшем замедляет их рост». После впрыскиваний крови опытным животным, после прививки наступало полное или частичное рассасывание опухолей. Наоборот, впрыскивание крови от животных с опухолями или от женщин, больных раком, в сильной степени стимулировало дальнейшее развитие опухолей, ухудшало состояние животных и ускорило их гибель.

Ягунов в свое время проанализировал влияние некоторых факторов на заболеваемость женщин раком матки, причем он использовал для этой цели раковый материал института, в количестве 819 больных раком матки, за время с 1914 по 1927 г. Он установил возрастное предрасположение для рака шейки матки на пятом и для рака тела матки на шестом десятилетии жизни, отметил связь с экономическими условиями жизни, более частую заболеваемость женщин с пикнической конституцией, подчеркнул предрасполагающую роль аборт. Он указал на более раннее половое созревание и большую чадородную функцию в прошлом у женщин, заболевших раком. Наследственное предрасположение и роль сифилиса не удалось подметить.

Большое внимание было уделено ЦИАГ изучению изменений крови у раковых больных, наступающих под влиянием лечения радием. Еще Полубинский в диссертации от 1915 г. отметил уменьшение содержания гемоглобина и падение числа эритроцитов во время радиолечения, с последующим нарастанием их через 1½ месяца. В 1930 г. Ягунов опубликовал результаты детального изучения изменений крови у раковых больных, наступающих под влиянием лечебного применения радия. Он установил, что при дозировке радия, применявшейся в ЦИАГ, наблюдались во время сеанса радиолечения переходящие изменения крови, которые выравнивались во время отдыха между сеансами.

Это прежде всего относилось к изменениям белой крови. Изменения гемограммы Шиллинга являлись, по Ягунову, наиболее достоверным тестом для прогноза, и ближайшие результаты проведенного радиолечения следовало учитывать на основании картины крови. Стойкие отклонения картины белой крови в форме сдвига влево и длительная лимфопения оказались прогностически неблагоприятными.

В 1940 г. Полубинский и Кравец задались целью изучить

изменения крови в разные этапы лечения рака лучистой энергией. Так же, как и Я г у н о в, они установили в качестве характерных особенностей для картины крови при раке матки вторичную анемию, с относительно высоким количеством эритроцитов, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ускоренную РОЭ и сдвиг формулы Ш и л л и н г а влево.

Применявшаяся в клинике предварительная, до радиолечения, рентгенизация гипофиза оказывала благоприятное влияние на кровь: наступало повышение цветного индекса, увеличение числа лейкоцитов и моноцитов. Достоинство быть отмеченным, что у больных, проведенных через рентгенизацию гипофиза, последующая радиотерапия вызывала меньшее изменение белой крови, чем без нее.

Применение радия по методу малых дробных доз вызывало лишь незначительные изменения в крови, которые выравнивались через два месяца после лечения.

Курс рентгенотерапии, проводимый после курса радия, вызывал меньше изменений крови, чем первичная рентгенотерапия. При рентгенотерапии возникали изменения крови, качественно аналогичные тем, которые наблюдались после радия.

Влияние радия на состояние раковых больных изучалось в ЦИАГ в отношении углеводного обмена.

Костыгова установила снижение высоты подъема кривой алиментарной гипергликемии. Обратное влияние радия имело неблагоприятное прогностическое значение.

Яковлев и Петров, изучая электровозбудимость у раковых больных при лечении радием, установили повышение чувствительности после облучения радием.

Все эти данные легли в основу дальнейшего совершенствования методики радио- и рентгенолечения.

Работы ЦИАГ в области диагностики, в частности ранней диагностики гинекологического рака, обобщены в монографии С. М. Беккера. В этой же монографии собрана мировая литература и проведена сравнительная оценка многочисленных методов диагностики рака шейки матки. Важнейшими выводами, к которым пришел Беккер, являлись следующие:

1. Правильный, окончательный диагноз рака на сегодняшний день может быть поставлен только путем клинического наблюдения и гистологической проверки.

2. Гистологический метод диагностики является единственно достоверным, однако в руках лишь опытного патогистолога, так как допускает возможность смешения рака с доброкачественными гиперплазиями.

3. Ценным подспорьем для ранней диагностики рака являются методы Ш и л л е р а и Г и н з е л ь м а н а (проба с раствором Люголя и кольпоскопия).

4. Всякое патологическое изменение на шейке матки должно рассматриваться с точки зрения возможности ракового процесса, причем особого внимания заслуживают эрозии, гипертрофии и опухолевидные образования.

Ягунов, изучая сущность реакции Дэвиса, предложил модификацию этой реакции, повышающую ее диагностическую эффективность до 96,7% вместо 89,4%.

Тот же автор уточнил диагностическую ценность и прогностическое значение серологической реакции Ботелло.

Достигнутые результаты и дальнейшее усовершенствование методики лечения рака

В связи со злокачественными новообразованиями радиолечению было подвергнуто с 1914 г. по 1940 г. 1493 больных, со следующей характеристикой:

Рак шейки матки	1224	(90% к общему числу раковых больных)
I степень	49	(4%)
II "	179	(15%)
III "	846	(69%)
IV "	150	(12%)
Рак тела матки	91	(6,7%)
Рак влагалища	26	(1,8%)
Рак вульвы и придатков	15	(0,7%)
Рак прочих органов	16	(0,8%)
Всего первичных раковых заболеваний	1362	
Рецидивы после операций	61	
Профилактическое применение после операций	70	

Итого 1 493 случая применения радия

Наибольший интерес представляло применение радия при раке шейки матки, а именно при первых 3 степенях его запущенности.

Первая часть материала (с 1914 по 1921 г.) была проведена по методу интенсивного облучения и получила значительно худший результат, — смертность 3,5%, свищи 9%, много кровотечений, обширных некрозов и резко выраженное радиевое похмелье.

С переходом на щадящий метод лечения малыми дробными дозами число осложнений значительно уменьшилось. Смертность сни-

	Число случаев	Процент
Первичная смертность	2	1,12
Без первичного благоприятного эффекта	3	1,68
Рецидивы	59	33,90
Уклонились от наблюдения до 5-летнего срока	73	42,00
Излечены при наблюдении не менее 5 лет (от 5 до 10 лет, в среднем 8 лет)	37	21,40

Из находящихся под наблюдением здоровы

через 5 лет—4 чел.	через 8 лет—5 чел.
" 6 " —9 "	" 9 " —7 "
" 7 " —8 "	" 10 " —3 "

в среднем через 8 лет—здоровы 37 человек.

зилась до 2%, а за последние 5 лет упала до 0,4%, явления передозировки не имели места, а отдаленные результаты не уступали лучшим заграничным клиникам. Например, по статистике лечения только радием 174 человека за 1925—1929 гг. (I и II степень — 16 чел., III степень — 158 человек) были получены следующие результаты: (см. стран. 355)

С 1930 г. в ЦИАГ был установлен и вошел в эксплуатацию мощный рентгеновский аппарат Монопан—Стабиливольт, позволивший применить метод глубокой рентгенотерапии при злокачественных новообразованиях. С этого времени клиника получила возможность проводить комбинированное лечение радием и рентгеновскими лучами. Сначала, по обычной методике дробных малых доз, применялся радий (I этап). Лечение продолжалось 2 месяца и заключалось в аппликации при каждом сеансе 20—25 мЛг чистого радиоэлемента на 24 часа, раз в пятидневку, всего 12—13 сеансов, с общей дозой около 6000—7000 мЛг часов.

II этап. После 2-месячного отдыха больные получали I курс рентгенотерапии, в количестве полной раковой дозы (100% НЕД или 760 ч., аппарат Монопан-Стабиливольт 150—160 киловольт, сила тока через трубку 4 МА, фильтр 0,5 меди и 0,5 алюминия, штатив «пушка» Винтца. Расстояние от антикатаода 30 см (Протас).

Поле	Площадь	Минут	НЕД	
1. Живот—слева . . .	10×15 см	10	50%	Ежедневно или через день
2. Живот—справа . . .	10×15 "	10	50%	
3. Крестец	10×15 "	10	50%	
4. Седалищ. отверстие левое	6×8 "	12	50%	
5. Седалищ. отверстие правое	6×8 "	12	50%	
6. Живот—слева	10×15 "	10	50%	
7. Живот—справа	10×15 "	10	50%	
8. Крестец	10×15 "	10	50%	
9. Седалищ. отверстие левое	6×8 "	12	50%	
10. Седалищ. отверстие правое	6×8 "	12	50%	

III этап. После 4-месячного отдыха давался второй курс рентгенотерапии, с той же нагрузкой.

IV этап. После 6-месячного отдыха назначался третий курс рентгенотерапии, с той же нагрузкой. Сеансы через день.

Таким образом полный курс лечения требовал от 15 до 18 месяцев. Практически, однако, далеко не все леченные радием проходили через рентгенотерапию и не все получали 3 курса рентгена. Дело в том, что многие, получившие радий, через 2 месяца после радия излечивались от симптомов заболевания и уклонялись от дальнейшего лечения.

На протяжении ближайших 4 лет, с 1930 по 1933 г., лучистой энергией было лечено 142 больных раком шейки матки, из них 66 только радием, 2 больных — только рентгеном и 74 больных и радием и рент-

геном, причем на этом клиническом материале получены следующие результаты:

Результат	Число случаев	Процент
Первичная смертность	3	2,1
Без первичного благоприятного эффекта	9	6,3
Рецидивы	33	23,3
Уклонились от наблюдения до 5-летн. срока	61	43,0
Излечено на протяжении не менее 5-летн. срока	36	25,3

Отдаленные результаты при радиорентгенотерапии оказались значительно более лучшими, чем при радиолечении, особенно в отношении более редкого появления рецидивов, как это видно из нижеприведенных данных:

	I степень	II степень	III степень	В с е г о
Длительн. излечение				
Данные 1930/33 гг.	3 из 4 (75%)	11 из 26 (42,3%)	22 из 112 (19,6%)	36 из 142 (25,3%)
" 1925/29 гг.	1 из 1	6 из 15 (40%)	30 из 158 (19%)	37 из 174 (21,4%)
Рецидивы				
Данные 1930/33 гг.		1 из 26 (3,9%)	32 из 112 (28,5%)	33 из 142 (23,3%)
" 1925/29 гг.		2 из 15 (13,3%)	57 из 158 (36%)	59 из 174 (33,9%)

При учете длительного излечения по степеням запущенности полученные результаты мало различались, но зато число рецидивов значительно уменьшилось (при II степени до 4%, вместо 13%, и при III степени — до 28%, вместо 36%).

Полученный результат по эффективности длительного излечения успешно соперничал с наилучшими достижениями зарубежных клиник:

Длительное излечение	I степень	II степень	III степень
Данные ЦИАГ			
1925—1933 гг.—316 больных	80%	41%	19,3%
Сводные данные зарубежных клиник	66%	38%	14%

Что же дал нам другой вид комбинированного лечения, т. е. радикальная операция и последующее рентгенолечение? За те же 4 года (1930—1933 гг.) в ЦИАГ было оперировано 59 больных, страдавших раком шейки матки, из них 58 больных I степени и одна — II степени. 51 оперированная больная была подвергнута последующей рентгенотерапии, причем в 21 случае лучи Рентгена применялись профилактически в состоянии клинического излечения, а в 30 случаях — при наличии или

подозрении на развивающийся рецидив. Больные оперировались по Штеккелю и реже по Вертгейму. После 5-летнего наблюдения из группы профилактически рентгенизированных оказались излеченными 9 человек (43%), а из числа рецидивных излечено 2 больных (6,6%), или на всем материале 11 человек (22%). Следовательно, полученные при этой комбинации результаты оказались несоизмеримо хуже, чем при радиорентгенотерапии. В 1936 г. клиника в шести случаях отступила от вышеописанной схемы «Радий-Рентген», и начала применение лучистой энергии, с первоначальной аппликацией рентгеновских лучей. Этот метод себя оправдал и мог быть предложен как «метод шадящей терапии» при наиболее запущенных случаях, стоящих между третьей и четвертой степенью, при септических осложнениях, при длительном повышении температуры, при больших параметральных инфилтрататах, при тромбозах и при резко подорванном питании. В некоторых случаях лечение ограничивалось только рентгенотерапией, ввиду наличия противопоказаний к применению радия, и тем не менее наблюдались случаи длительного 5-летнего излечения только от рентгенотерапии. Это дало основание провести несколько больных через рентгенотерапию по методу Кутара. При этом были получены менее благоприятные результаты, что может быть связано с недостаточной мощностью нашего рентгеновского аппарата.

В 1936 г., по рекомендации д-ра Харитонов, мы испробовали метод лечения аммаргеном и в двух случаях получили совершенно отрицательный результат — септические осложнения, гнойный перитонит и ускоренный рост новообразований, оба раза со смертельным исходом.

Гистологическая структура раковой опухоли имела бесспорное влияние на эффективность лечения. Наибольшей резистентностью обладали эндотелиомы, наоборот, цилиндроклеточковый рак, по нашим данным, обуславливал лучший терапевтический результат, чем плоскоклеточковый.

В 1927 г. Ягунов описал случай анатомического излечения аденокарциномы матки радием.

Применение лучистой энергии при раке тела матки имело место в 91 случае, что составляет 6,7% первичных раков на нашем материале. Лучистой энергией мы лечили только неоперабельные запущенные случаи рака тела матки. По анализу Нигина, первичная смертность при раке тела матки равна 6,7% (6 случаев на 89), длительное излечение — 10,34%, т. е. результаты оказались почти вдвое хуже, чем при лечении рака шейки матки с III степенью запущенности.

Применяя с 1914 г. радий и с 1930 г. глубокую рентгенотерапию, клиника из года в год совершенствовала нашу методику, причем наиболее существенными терапевтическими мероприятиями были следующие:

1. Предварительная рентгенизация гипофиза при лечении рака, к чему прибегали по предложению Гофбауера с 1930 г. Освещение гипофиза, как известно, вызывает временную аменоррею, уменьшает фиброматозные узлы, снижает или прекращает явления климактерического периода.

рического невроза. По Фольцу, освещение гипофиза повышает эффективность отдаленных результатов лечения на 15%. По нашим данным, освещение гипофиза вызвало лейкоцитоз и моноцитоз, т. е. повышало реактивность ретикуло-эндотелиальной системы; и, кроме того, уменьшало явления климактерического невроза. Этот метод был проведен с благоприятным эффектом при раке в 159 случаях, при климактерическом неврозе — в 92 случаях и при персистирующем фолликуле — у 15 больных.

2. Профилактическое применение стрептоцида по $0,3 \times 3$ раза, в течение 5 дней до начала радиолечения, и за 1 день до каждого сеанса радия и в день сеанса.

По наблюдениям Нигина, этим путем было достигнуто снижение септической заболеваемости и смертности (на материале в 109 больных смертность равна 0, повышение температуры в течение 1—2 дней в 6 случаях).

3. Трансфузия плацентарной и донорской крови в комбинации с радиотерапией 1 раз в пятидневку по 100 к/с, начиная с VI сеанса (работа проведена Вико).

4. Обращается внимание на диету-гормоно- и химиотерапию.

В связи с установившимся за последнее время взглядом на рак, как на заболевание всего организма, появились многочисленные попытки вызвать перестройку организма гормональными, фармакологическими и диететическими факторами. Конкретно это привело к ограничению витаминов «А» и «В» (запрещение употребления при раке помидор, шпината, печени), к назначению кислой пищи, богатой кальцием, к лекарственному применению препаратов иода, например, иодистого лития (иод усиливает окислительные процессы в тканях, литий задерживает деление клеток). Заслуживало большого внимания введение гормональных антибластических веществ и выключение канцерогенных факторов — введение экстрактов селезенки, костного мозга, вилочковой железы, и инсулинотерапия. Повидимому, и терапевтическое действие самой лучистой энергии в известной мере зависело от общего действия лучей на весь организм, так, например, лучи радия и Рентгена, вызывая радиевое и рентгеновское похмелье, т. е. ацидоз, способствуют повышению окислительных процессов, уменьшению гипергликемии и уменьшению холестерина в крови, т. е. действуют по типу патогенетической терапии, вызывая изменения в организме, диаметрально противоположные тем, которые наблюдаются при раке.

Применение радия для лечения так называемых „предраковых состояний“

Для лечения эрозий и эндоцервицитов радий был применен в 144 случаях. Чаще всего это были длительно незаживающие или рецидивирующие псевдоэрозии, особенно фолликулярные и папиллярные. Приблизительно в половине всех случаев эрозии комбинировались с воспалительными изменениями в слизистой оболочке канала шейки и в эндометрии. Лечение эрозий производилось путем применения там-

пона с радиопрепаратом, вводимого во влагалище 1—2 раза на 24 часа (общая доза 600—1200 млг часов радиоэлемента). При лечении эндометриозов радий вводился в том же количестве в канал шейки матки. Излечение наступало через 2—6 недель, причем при нагрузке в 1000—1200 млг/час обычно наступала временная аменоррея, в течение 3—6 месяцев. По наблюдениям Беккера, 34 эрозии были излечены в 100% и рецидивировали в 3% (один случай).

Лечение климактерических кровотечений

Наша клиника детально разработала методику лечения климактерических кровотечений радием (394 случая) и рентгеном (362 случая).

Приблизительно 500 человек страдали маточными ациклическими кровотечениями, в связи с персистенцией фолликула, и 250 больных имели расстройства месячных характера меноррагии, на почве воспалительных заболеваний верхнего отдела полового аппарата. В последнем случае мы предпочитали применять рентгенотерапию или влагалищную радиотерапию. Во всех случаях, до применения лучистой энергии, мы путем пробного выскабливания исключали злокачественное поражение полости матки.

Радий применялся в двух вариантах:

1. Путем введения препарата в полость матки, 4 суточных сеанса с промежутками в 4—5 дней, — всего 2000—2400 млг/часов.

2. Одновременным введением 2 препаратов: 1 внутрь полости матки и 1 — во влагалище, в 2 сеанса. Этот вариант короче по сроку и менее опасен. Впрочем, опасность при радиолечении крайне незначительна. Мы потеряли одну больную на 394 случая, или 0,25%, вследствие гнойного перитонита, осложнившего нераспознанный хронический пиосальпинкс, имевшийся до лечения. У женщин старше 40 лет оба варианта приводили к стойкой аменоррее.

Рентгенотерапия при климактерических кровотечениях применялась у нас в порядке дачи кастрационной дозы — 40% НЕД (аппарат Монопан-Стабилизольт, трубка Coolidge, расстояние от антикатада 30 см, 160 киловольт, 4 МА, фильтр 0,5, 3 сеанса по 15 минут, доза $\frac{3}{4}$ НЕД на поле, правый яичник, левый яичник, площадь 8×10 или 10×15 , и крестец, площадь 10×15). Случаев смерти не было. Осложнений, кроме умеренно выраженных явлений климактерического невроза, не наблюдалось. У менструировавших женщин аменоррея наступила сразу после освещения в 56%, после одного менструального цикла — в 33%, после 2 циклов — в 7%, аменоррея не наступила — в 5%. Излечено от кровотечения путем рентгенотерапии 95%, при помощи радия — 99%.

Применение лучистой энергии при фибромиомах

Лечение фибромиом радием мы начали с 1922 г., а систематическое применение рентгеновских лучей для этой же цели следует датировать 1930 г.; таким образом, к 1941 г. радиолечение фибромиом

продолжалось около 20 лет и было применено у 265 больных, в среднем по 14 человек в год, а лечение фибромиом рентгеном продолжалось 11 лет и охватило 706 человек, т. е. по 64 больных в год. Следовательно, рентгеновские лучи для лечения фибромиом применялись в 4 раза чаще, чем радий, и для этого имелись свои основания, заключающиеся в том, что:

1. Рентгенотерапия требует трехдневного лечения и проводится обычно амбулаторно, а радиотерапия требует шестидневного стационарного лечения.

2. Рентгеновские лучи безопасны, а радиотерапия может давать осложнения септического характера.

На сводном материале Дедерлейна и Гаусса в 25 тысяч случаев лечения фибромиом матки смертность при рентгенолечении составляет 0—0,1% и при радиолечении — 0,05%—0,2%.

3. Стоимость лечения рентгеновскими лучами значительно меньше, чем лечение радием.

Показаниями для лечения лучистой энергией являются:

а) Интерстициальные и субсерозные фибромиомы у женщин, возрастом свыше 40 лет, при жалобах на усиленные кровотечения, при величине матки до 5 месяцев беременности для радия и до 7 месяцев для рентгенотерапии.

б) У женщин моложе 40 лет, где оперативное лечение противопоказано, вследствие наличия интеркуррентных заболеваний — болезни сердца, сосудов, почек, легких и пр.

в) В виде исключения у женщин моложе 40 лет, не желающих подвергать себя риску операций. В данном случае достаточно применения временной кастрационной дозы в 25% НЕД, т. е. освещение только спереди.

Противопоказания:

1. Для всех видов лучистой энергии

а) Подслизистые фибромиомы.

б) Подсерозные фибромиомы на длинной ножке (опасность перекручивания).

в) Фибромиомы с острыми явлениями давления на соседние органы.

г) Фибромиомы с угрожающим для жизни кровотечением.

д) Миомы с регрессивными изменениями (размягчившиеся, некротизировавшиеся, нагноившиеся).

е) Подозрительные по злокачественному перерождению фибромиомы.

ж) Наличие колитов, циститов, пиелитов.

з) Наличие или подозрение на беременность.

2. Для радиотерапии

а) Величина опухоли больше 5-месячной беременности.

б) Острые и хронические воспаления придатков матки и брюшины.

в) Эндоцервициты (для внутриматочной терапии).

3. Для рентгенотерапии

а) Упорные профузные кровотечения (более быстрый эффект при радиотерапии).

б) Кожные заболевания в области живота и крестца.

Применение рентгенотерапии при воспалительных заболеваниях женской половой сферы

Вскоре после того, как Эймер в 1909 г. впервые опубликовал благоприятное сообщение о рентгеновской кастрации при воспалительных заболеваниях, клиникой, начиная с 1914 г., было отмечено аналогичное действие радия при лечении рака матки, в случае сопутствующих изменений воспалительного характера. Вызываемая радием кастрация обуславливает физиологический покой половой сферы и, помимо терапевтического действия на раковое новообразование, влияет благоприятно на симптомы интеркуррентного воспалительного процесса, устраняя кровотечения, боли и способствуя рассасыванию экссудатов и расслоению периметрических спаек. Большим прогрессом в использовании лучей Рентгена при воспалительных заболеваниях явилось предложение Фляскамп в 1932 г. о применении «временной кастрации». Мы проверили этот метод, причем мы давали 20—25% НЕД, освещая каждый яичник в течение 15 минут на аппарате Стабилизолт напряжением 160 киловольт, 4 МА, фильтр 0,5 Си, площадь поля 8 × 10. Такая техника на 90% обеспечивала аменоррею со сроком 9—15 мес., что являлось достаточным для излечения воспалительного процесса любой остроты у женщин от 35-летнего возраста и старше. Терапевтическое влияние проявилось в снижении температуры до нормы, в форме критического ее падения, в течение от 2 часов до двух суток, в прекращении болевых ощущений, в полном или частичном рассасывании воспалительных опухолей. Имевшиеся менометрорагии прекращались, как правило, после 1—2 менструальных циклов, и появляющиеся после прекращения аменорреи месячные имели нормальное течение. Последующей беременности мы ни разу не наблюдали, хотя провели лечение путем временной кастрации в 81 случае.

Способ односторонней временной стерилизации, предложенный Зейссером, был нами проверен и дал удовлетворительные результаты. Он может быть предложен при одностороннем поражении придатков у женщин сравнительно молодого возраста, так как при нем не наступает аменорреи и сохраняется способность к беременности.

Наибольший интерес представляет предложение Гейденгейна, Фрида и Вагнера лечить острые воспаления придатков и брюшины малыми дозами рентгеновских лучей.

Мы применяли с этой целью 5—8% НЕД на яичники и на опухоли в острой фазе, при параметритах, пельвеоперитонитах и аднекситах, при гонорройной и септической инфекции и получили в 85% благоприятное действие, в смысле быстрого падения температуры и уничтожения перитонеальных болей. Трудно сказать, чем обусловлено это могучее действие малых доз рентгена; во всяком случае, следует исключить прямое бактерицидное действие рентгеновских лучей; едва ли оно зависит и от прямой гиперемии освещаемой области. Скорее всего, — терапевтический эффект связан с повышенным распадом клеток и, в частности, элементов белой крови и объясняется теми же

причинами, которые действуют при аутопротеиновой раздражающей терапии.

Аналогичный быстрый терапевтический эффект наблюдался при лечении мастита (однократное освещение заболевшей молочной железы в течение $3\frac{1}{2}$ минут—20% НЕД на кожу). Прекращение кровотечения при персистирующем фолликуле наступало после освещения гипофиза (2 освещения височных полей по 7 минут—33% НЕД) или освещения селезенки (20% НЕД). Все эти методы сопровождались у нас вполне благоприятным терапевтическим эффектом.

На основании нашего опыта мы не считаем, подобно проф. Шербине, рентгенотерапию панацеей при лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы, но полагаем, что гинекологам следовало бы чаще прибегать к лучам Рентгена, чем это имеет место на сегодняшний день.

Выводы

1. При наличии воспалительных заболеваний, склонных к рецидивам, у женщин старше 40 лет уместно производить постоянную рентгенокастрацию, давая 40% НЕД на яичники.

2. У женщин в предклимактерическом возрасте нередко можно ограничиться временно кастрационной дозой в 20% НЕД.

3. При выраженном одностороннем воспалении придатков достаточно односторонняя временная стерилизация.

4. У женщин старше 35 лет, при тяжелом течении, гесп. в острой форме воспалительного процесса придатков достаточно применения малой дозы в 8—10% НЕД. Характер инфекции и локализация значения не имеют. При наличии нагноительного процесса рентген противопоказан.

5. Особенно настойчиво показан рентген в кастрационной и временно кастрационной дозе при туберкулезе придатков и брюшины. При применении у 16 туберкулезных больных дозы от 25% до 40% НЕД мы получили во всех случаях благоприятный терапевтический эффект, с исчезновением опухоли в 8 случаях и с уменьшением опухоли тоже в 8 случаях.

Несмотря на сравнительную новизну применения радиорентгенотерапии в области гинекологии, этот метод получил уже достаточно большое распространение при лечении злокачественных и доброкачественных заболеваний, и наш институт, являющийся пионером в области радиотерапии рака, положил немало труда и в эффективном использовании рентгенотерапии при различных поражениях внутренних половых органов.

Научн. сопр. А. Г. БОЛГОВА

Туберкулез женской половой сферы

Первое указание о лечении туберкулеза половой сферы в Повивальном институте мы находим в 1903 г., в трудах I съезда Общества российских акушеров и гинекологов.

В этом году сотрудником института Рачинским было впервые сделано сообщение на тему «о бугорчатке женских половых органов», в котором он подробно разобрал вопрос симптоматологии и лечения этого заболевания. При этом он анализировал 2 случая туберкулеза и данные литературы.

До него, как указывал сам Рачинский, в русской литературе было опубликовано всего лишь 4 работы по этому вопросу (Петлина и Климовича, Шварца, Неелова и Каца). К тому же, все эти работы касались разбора отдельных казуистических случаев. Этот факт заслуживает внимания потому, что он свидетельствовал о недостаточном в то время внимании русских акушеров-гинекологов к изучению генитального туберкулеза. Достаточно указать, что незадолго до этого в Риме состоялся Международный съезд акушеров-гинекологов, на котором вопрос о бугорчатке женской половой сферы был программным. Рачинский в своей работе выдвинул ряд серьезных вопросов.

Прежде всего он отметил, что туберкулез половой сферы у женщин встречается нередко, в 2,7% всех гинекологических заболеваний. Далее он указал, что доказанных случаев первичного туберкулеза женской половой сферы нет, и те случаи, с которыми мы встречаемся, относятся к туберкулезу вторичному. Отсюда Рачинский сделал важные выводы в отношении лечения.

Он не стоял на точке зрения обязательного удаления во всех случаях пораженных органов. Наоборот, он указывал, что «принципы, выработанные в настоящее время в деле лечения бугорчатки легких

mutatis mutandis, должны быть перенесены и на бугорчатку половой сферы».

Рачинский не исключал оперативного лечения, но призывал к осторожности, отмечая, что «оперативное вмешательство может послужить толчком для обострения затихшего процесса в других частях организма».

Работа Рачинского представляет также интерес в отношении ознакомления с применявшимися способами диагностики туберкулеза половой сферы. Он указывал, что нет ни одного патогномического симптома этого заболевания. Наиболее надежным признаком является характер течения, наличие туберкулезной наследственности, поражения туберкулезом в других органах, прощупывание бугорков на дне заднего дугласа. Окончательный диагноз ставился после гистологического исследования пораженной ткани и бактериологического исследования выделений из матки и жидкости пунктатов. Он также считал, что по форме температурной кривой можно отличить туберкулезный процесс от гонорройного или стрептококкового.

До 1907 г. из Повивального института по туберкулезу половой сферы вышла всего лишь одна работа Кипарского под заглавием «Исключительный случай заболевания бугорчаткой половых органов женщины». Под предположительным диагнозом злокачественной опухоли была оперирована Оттом 17-летняя девушка. При операции, технически очень трудной, были удалены с обеих сторон придатки, оказавшиеся при гистологическом исследовании пораженными туберкулезным процессом. Больная поправилась. В этой работе заслуживает особого внимания положение, выдвинутое автором, о том, что «большинство пиосальпинксов у девственниц, вероятно, бугорчатого происхождения».

Кипарский уделял также большое внимание гистологическому исследованию всяких изъязвлений шейки матки, влагалища и наружных половых органов, как методу раннего распознавания генитального туберкулеза.

В 1907 г., на II съезде Общества российских акушеров-гинекологов, Кипарский доложил о 10 случаях туберкулеза половой сферы, леченных оперативным путем. Только в 2 случаях диагноз туберкулеза был установлен до операции.

Применялись следующие способы оперирования: пробное чревосечение через влагалище и брюшные покровы, чревосечение (брюшно-стеночное или влагалищное) с удалением придатков, удаление только шейки матки и выскабливание полости матки, и в 1 случае было сделано дренирование брюшной полости после прокола, как со стороны свода, так и со стороны брюшной стенки.

Повреждение кишечника и мочевого пузыря было в 1 случае.

Ближайший результат оперативного лечения во всех случаях был благоприятным.

В своих выводах Р. В. Кипарский дает ряд ценных указаний:

1. Он уточняет показания к оперативному лечению туберкулеза половой сферы. Оперировать следует при отсутствии резкого истоще-

ния организма и главным образом, при наличии прогрессирующего характера местного поражения. Если диагноз туберкулеза установлен до операции, следует подумать о возможности консервативного лечения.

2. Считая бугорчатку половых органов вторичным заболеванием. Кипарский отмечает, что хирургическое удаление всех пораженных тканей фактически невозможно. Исходя из этого, он рекомендует после операции последовательное общеукрепляющее лечение.

3. При оперативном лечении генитального туберкулеза можно, с одинаковым успехом, пользоваться брюшностеночным или влагалышным чревосечением. Последний метод имеет преимущества при наличии туберкулезных поражений с асцитом.

4. Кипарский будучи новатором, рекомендует проверить с лечебной целью методы Пирке и Кальметта, которые в то время нашли себе применение в терапии туберкулеза легких.

В дальнейшем, после указанной работы Кипарского (1907 г.), туберкулезом половой сферы долгое время в Повивальном институте никто специально не занимался. Лишь после Великой Октябрьской социалистической революции, открывшей широкие возможности для науки, в Центральном институте акушерства и гинекологии туберкулез половой сферы стал объектом значительного и всестороннего изучения. Появилась целая серия сообщений, посвященных этому вопросу.

Первой по времени является работа Р. В. Кипарского, опубликованная в 1926 г., в которой он подвел итоги своих многолетних наблюдений над больными, страдающими туберкулезом половой сферы. Предназначенная для широкого круга врачей, она в развернутом виде дает полное описание патогенеза, клиники и терапии этого страдания.

Заслуживают внимания те сдвиги, которые выявились к этому времени в деле лечения генитального туберкулеза.

Хирургический метод лечения, бывший вначале единственным методом терапии туберкулеза половой сферы, теперь стал занимать относительно небольшое место в ряде других предложенных лечебных средств. Этому обстоятельству способствовали два момента: с одной стороны, успехи современной науки, а с другой — отсутствие во многих случаях полного излечения от применения оперативного вмешательства.

Не случайно о туберкулезе женской половой сферы Кипарский писал: «В то время, как еще недавно много гинекологов склонялось к оперативному лечению вообще и к радикальной терапии в частности, в настоящее время... видные хирурги... почти отрицают рациональность оперативного лечения».

Видное место в терапии генитального туберкулеза заняла рентгенотерапия, применение которой, по опыту литературы, дало хорошие результаты. Операция рекомендуется в случаях асцитической формы туберкулезного перитонита (клиническое излечение в $\frac{2}{3}$ случаев после вскрытия брюшной полости и выпуска жидкости), а также при

более легких формах поражения туберкулезом половой сферы, когда есть возможность удаления главных фокусов поражения.

Однако и в этих случаях после операции рекомендуется профилактическая рентгенотерапия.

При возникновении в заднем дугласе гнойников, дается совет их оперировать путем кольпотомии. Что касается выскабливания полости матки, то оно уместно для целей диагностики. Интересно отметить, что в это время применение с лечебной целью при туберкулезе ультрафиолетовых лучей кварцевой лампы не получило своего признания.

«Ультрафиолетовые лучи (кварцевая лампа) считаются для лечения туберкулезных поражений женских половых органов мало активными» (К и п а р с к и й).

В 1928 г. была опубликована работа А. Э. Мандельштама, в которой автор указывает на возможные диагностические ошибки при распознавании туберкулеза придатков.

Значительные успехи в диагностике и лечении туберкулеза женской половой сферы были достигнуты исследованиями Полубинского и его учеников (Ягунов, Беккер, Протас, Робачевский, Болгова). Появился ряд работ по данному разделу.

В 1931 г. Ягунов опубликовал результаты лечения туберкулеза женской половой сферы ультрафиолетовыми лучами кварцевой лампы. Автор получил в 88,4% благоприятные результаты от применения этого метода лечения.

Были выработаны также показания и противопоказания к облучению больных лампой Баха. Ультрафиолетизация не рекомендовалась в случаях активного туберкулеза, при наличии миллиарного туберкулеза, при идиосинкразии к ультрафиолетовым лучам, а также в случаях острой формы воспалительного процесса в половой сфере.

Ягунов также подчеркивает особую полезность комбинировать лечение ультрафиолетовыми лучами с диатермией.

Дальнейшими работами Беккера и Робачевского было установлено:

1. Ультрафиолетовые лучи следует применять не только в случаях доказанного туберкулеза, но также тогда, когда имеется подозрение на таковой. Сочетание в этих случаях ультрафиолетового облучения с другими физиотерапевтическими методами давало возможность во многих случаях излечить хронические упорно протекающие случаи воспалительного поражения половой сферы;

2. Было доказано, что хронически протекающий туберкулез половой сферы, не дающий частых обострений, может быть подвергнут грязелечению в курортных условиях;

3. Было установлено, что в методе вакцинодиагностики (кожной и регионарной) мы имеем способ, помогающий поставить диагноз туберкулеза половой сферы. Это заболевание следует иметь в виду во всех случаях, когда вакцинодиагностика на гоно-коли-стафило- и стрептококк, при наличии хронического воспалительного процесса, давала отрицательный результат.

К этому времени относится изучение Болговой реакции Вильдбольца, для целей диагностики генитального туберкулеза: было доказано, что в некоторых случаях этот способ диагностики помогает распознавать туберкулез.

Большого внимания заслуживала работа Левита, Куликовской и Болговой, которые путем гистологического исследования удаленных по разному поводу придатков матки установили пораженность их туберкулезом в 16%.

Ряд работ Полубинского и Протас (1935—1938 гг.) посвящается успехам, достигнутым институтом в деле лечения туберкулеза женской половой сферы рентгеновскими лучами.

При рентгенотерапии положительный эффект был получен в 82%. Было установлено, что наилучший результат получается от применения постоянной или временной кастрационных доз рентгена у женщин старше 40 лет.

При наличии гнойных скоплений (пиосальпинксов) необходимо предварительное опорожнение гнойников. Наличие туберкулеза в легких не является противопоказанием для применения рентгеновских лучей.

Следует также отметить высокую оценку Полубинским применения с лечебной целью облучения ультрафиолетовыми лучами.

«Наилучшим и наиболее доступным способом лечения туберкулеза женской половой сферы следует признать кварц в виде общего облучения лампой Баха, с применением «слабых доз» (Полубинский).

Таким образом, при изучении работ института, посвященных туберкулезу женской половой сферы, мы видим, что за 150 лет его существования значительно изменились взгляды на вопросы диагностики и лечение этого заболевания.

1. Если вначале допускалась мысль о возможности первичного туберкулеза половой сферы, то в дальнейшем такая точка зрения была признана несостоятельной.

2. Было доказано, что туберкулез половой сферы не является редким заболеванием, а встречается довольно часто (до 16% всех случаев хронического воспаления придатков матки).

3. Значительно изменился взгляд на терапию туберкулеза половой сферы. Если вначале это заболевание лечили только оперативно, то в дальнейшем на первое место были выдвинуты методы консервативного лечения. Было доказано, что наилучший терапевтический успех, при соответствующих показаниях, дает рентгеноскопия и облучение ультрафиолетовыми лучами кварцевой лампы и что обязательным ингредиентом в плане лечения туберкулеза женской половой сферы является общеукрепляющее лечение.

Ст. научн. сотр. Е. П. МАЙЗЕЛЬ

Опыт работы ЦИАГ по диагностике и лечению женской гонорреи

Первые сведения по гоноррее мы находим в отчете Канегис-сера за период с 1893 по 1898 г., где упоминается о гоноррее, как об одном из этиологических факторов воспалительных заболеваний женской половой сферы.

В этом же отчете имеются указания о наблюдавшихся 19 случаях гонорройного эндометрита и об 1 случае гоноартрита; из 21 больной, лечившихся по поводу воспаления тазовой брюшины, гонорройная этиология выявлена была только 2 раза. Лечение гонорройных эндометритов в указанных случаях производилось по общепринятому тогда методу лечения хронических эндометритов: выскабливанием полости матки с последующим смазыванием иодной настойкой. Сведений о методике диагностики и других специфических методах лечения этих заболеваний в указанном отчете нет.

Далее, в трудах института за 1904—1908 гг., Сержников в своей работе о «Воспалительных заболеваниях труб и яичников» отмечает, что за отчетный период в институте находилось на лечении 72 больных с воспалительными заболеваниями придатков; в 30 случаях из них выявлена гоноррея.

Касаясь лечения этих больных, мы нашли лишь общие сведения о противовоспалительном лечении общими тепловыми ваннами, простыми, солеными, грязевыми, электросветовыми и местно-синим светом, согревающими компрессами, теплыми и горячими влажными душами и горячими клизмами.

Указаний о специфическом лечении гонорройных поражений придатков и в этом отчете также не удалось найти.

С этого периода (1908 г.) до 1927 г. нигде в трудах института

и работах его сотрудников вопросы гонорреи не нашли своего отражения.

С приходом в клинику проф. Кипарского вопросам специфического лечения гонорреи начинают уделять соответствующее внимание.

В трудах VII съезда акушеров-гинекологов, в докладе Папитова (из клиники проф. Кипарского), сообщаются данные о применении гонококковой вакцины для лечения гонорреи.

Автор в 72 случаях хронических гонорройных аднекситов, сравнивая результаты лечения методом подкожного введения гоновакцины и по методу Букура, пришел к заключению, что место введения вакцины не играет никакой существенной роли в деле активной иммунизации; в случаях же, где поливалентная вакцина не приносит пользы, автор считает необходимым применение аутовакцины, а там, где аутовакцина мало действительна, к ней необходимо прибавить соответствующие дозы поливалентной гонококковой вакцины.

Успех, наблюдаемый в отдельных случаях, от применения метода Букура, автор объясняет тем, что эти больные случайно подошли под рекомендуемую им смесь вакцин, сыгравшую роль аутовакцины.

В трудах этого же съезда опубликованы материалы доклада Папитова о клиническом значении реакции Бордэ-Жангу при восходящей форме женской гонорреи. Автор на 87 больных стационара и клинической амбулатории, по предложению проф. Кипарского, проверил значение реакции Бордэ-Жангу, как диагностического метода при гонорройных поражениях верхних половых путей, и пришел к следующим выводам: что реакция Бордэ-Жангу безусловно специфична при гоноррее и что сыворотка здоровых женщин не дает положительного результата; далее, он выяснил, что эта реакция, имея меньшее практическое значение при гоноррее нижних путей, является часто единственным диагностическим методом при восходящих формах гонорреи у женщин. Он полагал также, что реакция Бордэ-Жангу является единственным методом, дающим нам право говорить об излечимости гонорреи верхних половых путей.

В 1929 г. А. А. Смородинцев и С. Н. Якобсон в своей работе, посвященной вопросу уточнения реакции Бордэ-Жангу и значения ее в диагностике женской гонорреи, дают также высокую оценку этому диагностическому методу и подчеркивают, что у здоровых женщин эта реакция дает почти всегда отрицательный результат.

В 1930 г. Г. А. Бакшт, на больных гонорройного отделения поликлиники института сообщил о возможностях уточнения бактериоскопического метода (бактериоскопические и цитологические картины).

Как видно из вышеизложенного, начиная с 1926 г., к вопросу диагностики и лечения гонорреи начинают проявлять значительный интерес.

С этого же периода в амбулатории института выделяется специальный кабинет по женской гоноррее; прием больных проводится специально для этого выделенным врачом; при кабинете

с 1928 г. организовано бактериоскопическое исследование мазков специальным лаборантом.

Период времени с 1926 по 1932 г. характеризуется установлением методики обследования больных, подозрительных на гоноррею, тщательным исследованием всех отделов половой сферы; из всех доступных для исследования очагов инфекции в нижнем отделе половой сферы (уретры, скеновских ходов, шейки матки, влагалища, бартолиновых желез и прямой кишки) берутся мазки.

Постепенно находят свое применение различные методы провокации.

Применяется провокация уретры смазыванием ее растворами 1% ляписа, 2—3% протарголом; шейка матки смазывается 3—5% раствором ляписа или люголевским раствором.

Фейгель применял в целях провокации, помимо указанных методов, бычью желчь. Ему удавалось обнаружить гонококка в 28% при применении химических провокационных агентов в комбинации с гоновакциной по Букура в количестве 200—400 млн. гонококковых тел.

Среди лечебных методов широко применялась вакциноterapia, путем подкожного и внутримышечного ее введения по 500 млн до 1 млрд. гонококковых тел в 1 куб. см.

Фейгель применял с лечебной целью прибор типа Бировских банок для улучшения контакта между лекарственным веществом и внутренней поверхностью шейки матки, уретры, прямой кишки. Эти приборы были разной величины и формы, соответственно зоне их приложения.

Ходецкий, в своем докладе на VII съезде акушеров-гинекологов, рекомендовал антивирус по Безредка, при стойких, не поддающихся лечению, случаях.

Результаты от применения указанных выше лечебных методов не были точно изучены на достаточном материале.

Однако было установлено, что самостоятельное применение гоновакцины, без местного лечения очагов поражения гонорройной инфекцией, недостаточно эффективно.

Л. И. Бубличенко в своей работе, опубликованной в 1931 г. и посвященной вопросу вакцинотерапии женской гонорреи, сообщил о результатах, полученных им от применения уротропингонококковой вакцины в 60 случаях гонорройных заболеваний с наличием гонококков в выделениях.

Он вводил указанную вакцину внутривенно от 10 до 200 млн. гонококковых тел, с промежутками в 2—3 дня. Одновременно производились ежедневно смазывания влагалища и шейки 2% ляписом.

Результаты, полученные Бубличенко от такого комбинированного метода, таковы: полное излечение наступило в 40,0%; улучшение — в 41,7%; без особых изменений — 11,7% и в 6,6% наступало даже ухудшение.

На основании своих наблюдений автор пришел к заключению о большей терапевтической эффективности при внутривенном введе-

нии гоновакцины по сравнению с подкожным; сравнивая свои результаты, полученные от применения протеинотерапии с вакцинотерапией, он, отдавая безусловное предпочтение гоновакцинации, все же не считает и последний метод специфическим при лечении гонорреи у женщин. Недостаточная эффективность диагностических и лечебных методов при женской гоноррее требовала поисков новых, более совершенных методов.

Период с 1929 по 1935 г. характеризуется большими успехами в области уточнения диагностики гонорреи и лечения гонорройных воспалительных изменений в нижних и верхних отделах половой сферы женщины физическими методами.

Фототропность гонококка и фотоактивность актинированных масел подарили мысль С. А. Ягунову применить последние с провокационной целью при скрытых формах гонорреи цервикального канала.

Стерилизованное подсолнечное масло облучалось в плоских кюветках кварцевой лампой Баха (1.500 УФЕ). В канал шейки матки вводилась тонкая стерильная турунда, смоченная в актинированном масле. Эта турунда оставалась в канале шейки матки на срок от 2 до 6 часов; вводились турунды через день. Больные получили в среднем от 10 до 15 процедур. Гонококк был обнаружен всего в 7,8%.

Крайне невысокий процент положительных результатов, достигнутых при описанном методе провокации, побудил к применению других физических методов.

Стремясь добиться более высоких цифр находок гонококка у подозрительных на гоноррею больных, отделение физических методов лечения (Ягунов) разработало усовершенствованный метод провокации, с помощью облучения шейки матки лампой Ландекера и Ультра-Зонне.

Ягунов заменил специальные угли лампы Ландекера обмедненными кинематографическими углями, благодаря чему был получен гораздо более мощный эффект, по сравнению с тем, который получался раньше при специальных углях, импрегнированных солями кобальта и никеля.

Облучение производилось 2—3 дня подряд по 30 минут. Если Нейфельд (Neufeld) получил таким способом 19,9% положительных диагностических результатов, то Ягунов и Кишиневская получили их в 37,3% случаев.

Тем же автором (Ягунов) был предложен впервые метод провокации цинковым ионофорезом при цервикальной гоноррее.

Основным препятствием являлась слабо разработанная до Ягунова техника интрацервикальных электро-ионо-терапевтических процедур.

В конце 1932 г. этот вопрос был им удачно разрешен, что и дало возможность применить интрацервикально ионофорез для провокации.

Процедуры назначались через день по 40 минут каждая. В среднем больная получала 10 сеансов. Высокий положительный результат

от этого метода провокации — 62% — следует считать впервые достигнутым.

Далее в качестве провокационного метода применялись диатермия.

Больные получали 2 сеанса диатермии через день. Длительность каждого сеанса равнялась 2 часам.

Для поддержания температуры 40°С у разных больных требовалась сила тока от 1,25 до 1,5 ампер. По данным Ягунова, положительный эффект был достигнут только в 14,7%.

Фейгель, также применявший этот метод, получал более высокий процент положительных результатов. Однако этот метод провокации не привился в институте вследствие того, что больные плохо переносили столь длительную (2 часа) процедуру и давали иногда обострения в области воспалительно измененных придатков, а также в связи с недостаточно высоким диагностическим эффектом этого метода.

К этому же периоду относится применение Кишиневской с провокационной целью при хронической гонорее интравагинальных грязевых тампонов.

Указанный метод провокации дал положительный результат в 47,05%.

А. М. Мажбиц в условиях курорта получил от этого метода положительный результат только в 20%.

В 1935 г., в сборнике института по воспалительным заболеваниям женской половой сферы, обобщается опыт работы института по диагностике и лечению гонорей.

Предложенная Бурлаковым (Харьков) методика кожной вакцинодиагностики подверглась детальной проверке на стационарных и амбулаторных больных института.

Мандельштам на большом клиническом материале пришел к заключению, что внутрикожное введение гоно-коли-стрепто- и стафилококков при гинекологических заболеваниях дает диагностический эффект в 70—90%.

Механизм диагностического эффекта от применения этого метода автор объясняет активацией РЭС.

Беккер, на материале клиники неоперативных методов лечения, установил у 238 больных положительную реакцию по отношению к гонорее в 56%.

Кишиневская, проводя сравнительную оценку кожной вакцинодиагностики и реакции Бордэ-Жангу при хронической гонорее у женщин, установила у 100 амбулаторных больных совпадение результатов от обоих методов в 47%; процент же положительных результатов реакции Бордэ-Жангу у обследованных ею больных почти одинаков (68% реакции Бордэ-Жангу и 67% при кожной вакцинодиагностике).

Далее, этим же автором установлено было, что отрицательное выпадение реакции КВД, не исключает возможности наличия гонорройной инфекции, но что эта реакция не выпадает положительной у свободных от гонорей женщин.

Столь удовлетворяющие клинику диагностические особенности кожной вакцинодиагностики, были поводом для широкого ее внедрения в практику диагностических методов, и она рекомендовалась институтом для применения врачам, не имеющим в своем распоряжении лаборатории, где могла бы ставиться реакция Бордэ-Жангу.

Материалы, опубликованные в сборнике по воспалительным заболеваниям в 1935 г. в отношении результатов диагностики и лечения женской гонорреи, позволили определить позицию института в отношении оценки получаемых диагностических результатов и наметить твердо установленный план лечения.

Майзель, на основании детально изученных 164 амбулаторных больных, установил положительную реакцию Бордэ-Жангу в 32,1% хронических форм открытой гонорреи и в 84,4% восходящей формы гонорреи.

Применявшиеся им химические методы провокации (ляпис и люголь) дали в комбинации с гоновакциной 26,3% положительных результатов. В процессе лечения удавалось выявить гонококка в 44,2%.

Анализ материала и накопившийся к этому времени коллективный опыт института позволили выдвинуть следующую концепцию: диагностика гонорреи у женщины может быть достаточно верной только тогда, когда суммируются данные анамнеза, клинической картины развития заболевания, данные гинекологического исследования, результаты бактериоскопического исследования и реакции Бордэ-Жангу и КВД.

По данным Майзеля, терапевтический эффект значительно повышался от применения комбинированного лечения (гоновакцина + местное лечение). Местное лечение проводилось в отношении всех доступных очагов инфекции в нижнем отделе половой сферы.

Местное лечение проводилось следующим образом: мочеиспускательный канал подвергался ежедневной жанетизации раствором марганцево-кислого калия 1:5—8000, с последующим смазыванием раствором 2—3% протаргола или $\frac{1}{2}$ —1% ляписа. Сkenовские ходы подвергались диатермоэлектрокоагуляции, либо прижиганиям карандашом ляписа на игле; шейка матки, после предварительного растворения слизи 5% раствором соды, смазывалась 2% ляписом; влагалище подвергалось двукратному мытью по методу Иванова и делалась ванночка из 2% ляписа; нижний отдел прямой кишки промывался раствором протаргола 1:1000, либо смазывался 1% ляписом.

В отношении бартолинитов широко применялся метод Гюбнера. Кондиломы смазывались либо спиртовым раствором резорцина, либо 25% раствором хромовой кислоты.

Одновременно с применением систематического местного лечения больным вводилась гонококковая вакцина, вначале внутримышечно, в ягодичную область, а затем внутрислизисто, во влагалище.

Проводя лечение по указанному способу, Майзель получил излечение в 54,8%, улучшение в 23,8%, незначительное улучшение в 11,6%, без особых изменений в 9,8%.

Наблюдения автора показали, что наилучших терапевтических результатов при гонорройных поражениях удавалось достигнуть от применения физических методов (диатермия, ионофорез, грязелечение), после 2—3 реакций на введенную гоновакцину.

По данным Кишиневской, благоприятный результат от применения диатермии при гонорройных поражениях придатков выразился в 78,8%. Лечение диатермией применялось через 3 недели после установившейся нормальной температуры.

По данным этого же автора, применение марганцево-кислого ионофореза (внутришеечно) давало в 85% исчезновение гонококков из канала шейки при гонорройных эндоцервицитах, осложненных воспалением придатков матки. Таким образом, как видно из вышеизложенного, к периоду 1935 г. институт, изучая и совершенствуя методы диагностики и терапии, значительно обогатил круг диагностических и лечебных манипуляций.

В период с 1936 по 1939 г. институт занимался проверкой эффективности различных современных терапевтических методов.

Так, в 1936 г. на поликлинических больных проверялся предложенный Кватером метод лечения гонорройных эндоцервицитов аутогемоинъекциями в шейку матки. Майзель получил у 100 больных положительный результат от применения этого метода — в 85,8%.

Применение (1936 г.) препаратов металлического серебра Моисеева для лечения гонорройных заболеваний нижнего отдела половой сферы не выявило терапевтического эффекта (Майзель и Руднев).

В дальнейшем (1938—1939 гг.) изучался метод лечения гонорройных эндоцервицитов и придатков матки препаратами аммиачных солей серебра, «аммаргеном», предложенным Ермолаевым.

Внутримышечное введение в ягодичную область этого препарата в концентрации 1:10 000, начиная от 3 до 10 куб. см, выявило его терапевтическую эффективность при экссудативно-спаечных формах гонорройных поражений придатков матки (Майзель и Татаркина).

Применение этого же препарата для лечения гонорройных эндоцервицитов путем впрыскивания растворов аммаргена в концентрации 1:20.000 в количестве 10 куб. см подслизисто, в шейку матки, выявило терапевтическую эффективность этого препарата при эндоцервицитах с давностью заболевания до 1 года; в остальных же случаях приходилось прибегать к вакцинации по Букура, аутогемотерапии и другим терапевтическим методам (Майзель и Руднев).

С 1938 г. широко применялось бактериоскопическое исследование выделений, взятых у больных в период месячных, что значительно повысило процент нахождения гонококков.

С 1938 г. С. А. Ягунов стал применять диатермокоагуляцию цервикального канала при упорных формах эндоцервицита, когда обычные терапевтические методы оказывались безуспешными.

Диатермокоагуляция цервикального канала проводилась пуговчатым электродом, на котором плотность тока достигает до 1 а на 1 кв. см

площади электрода. При подобной плотности тока в тканях, непосредственно соприкасающихся с электродом, температура может достигать 80—100° С. При столь высокой температуре белки тканей коагулируются, а клетки погибают.

Применением диатермокоагуляции при лечении гонорройных эндоцервицитов, полностью уничтожается тот слой эпителия цервикального канала, в котором в основном гнездятся гонококки, в более же глубоких слоях тканей шейки матки развивается столь высокая температура, что наступает гибель гонококков.

Диатермокоагуляция цервикального канала при любых формах эндоцервицита производится не позднее 7—10 дней по окончании менструации.

Заживление после проведенных диатермокоагуляций продолжается около 3 недель, в этот период времени периодически производится смазывание струпа 10% раствором Kal. huregm. Как в этот период, так и перед и после ближайшей менструации гонококк в выделениях цервикального канала не был обнаружен ни у одной больной из всего числа лечившихся данным методом.

При анализе отдаленных результатов диатермокоагуляции гонококк Нейссера был найден в цервикальном канале только у одной больной.

Диатермокоагуляция цервикального канала для лечения гонорройного эндоцервицита производилась только после того, как было установлено отсутствие гонококков в уретре, прямой кишке, парауретральных ходах. Противопоказаниями к проведению диатермокоагуляции цервикального канала являлось наличие острого эндометрита, экссудативного, экссудативно-спаечного или склонного к обострениям воспалительного процесса, в области придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки. Критерием являлись данные бимануального осмотра, температурная кривая и анализ белой крови и РОЭ.

В 1941 г. Полубинский в своей работе, опубликованной в сборнике научных трудов института о регионарной вакцинодиагностике и вакцинотерапии, установил высокую диагностическую эффективность метода регионарной вакцинодиагностики по Букура, в сочетании с 1—1½ куб. см собственной крови. Ему удалось установить положительную реакцию на гоновакцину в 89%. Этот метод уточняет диагноз гонорреи на 28% больше по сравнению с простой регионарной вакцинацией и дает почти в 2 раза больше положительных ответов, чем реакция Бордэ-Жангу и чем внутрикожная вакцинодиагностика (Полубинский).

Этот же автор, применяя с лечебной целью метод аутогемотерапии в комбинации с регионарной вакцинацией по Букура, наблюдал не только исчезновение гонококков из цервикального канала, но и не обнаружил ни одного рецидива при дальнейшем наблюдении за больными.

Метод этот, дающий такой хороший терапевтический эффект (Полубинский), может применяться только в условиях стацио-

нара, так как введение вакцины в шейку сопровождается бурной реакцией как общей, так и очаговой.

При заболеваниях сердца, почек, при активной форме туберкулеза применение этого метода противопоказано.

С лечебной целью вводилась вакцина в той же дозировке, что и для диагностики, т. е. по 0,2 куб. см. Количество инъекций варьирует от 2 до 10.

К периоду 1940—1941 гг. относится применение реакции Фейгеля, высокая диагностическая ценность которой нашла свое подтверждение на клиническом материале.

В 1940 г. Крыжановская опубликовала работу «Выделяемость гонококка по усовершенствованному методу». Метод Мак-Леода культивирования посевов в атмосфере CO_2 , по ее данным, значительно повышает процент положительных находок гонококка, и по своей простоте этот метод доступен практическим лабораториям.

Особую ценность метод Мак-Леода выявляет при хронических формах гонорреи, когда, как известно, при обычном бактериологическом анализе весьма редко удается обнаружить возбудителя.

Наше принципиальное отношение к сульфаниламидным препаратам определилось сразу же после их появления, а именно: параллельно с дачей больным сульфаниламидов проводилось тщательное лечение всех доступных для обработки очагов гоноррейной инфекции, как выше указано.

Большая значимость проблемы женской гонорреи вызвала необходимость детального ее изучения, и в 1945 г. в структуре института впервые появилось отделение женской гонорреи на 20 коек со следующим штатом: заведующий отделением — 1; старший научный сотрудник — 1; акушерок — $4\frac{1}{2}$; перевязочная сестра — 1; санитарок — $4\frac{1}{2}$.

В 1946 г. отделение, заведывание которым было поручено старшему научному сотруднику Е. П. Майзель, начало функционировать.

С открытием специального отделения женской гонорреи стали детально изучаться методы лечения сульфамидорезистентных форм гонорреи (Майзель).

Перед повторным применением курса лечения сульфаниламидами применялись методы, способствующие повышению иммунобиологических свойств организма; больные получали предварительно гоновакцину, аутогемотерапию, антицитотоксическую сыворотку Богомольца (в разведении 1:10 с физиологическим раствором) в количестве от 0,2 до 0,75 куб. см под кожу 3 раза, внутривенно глюкозу с аскорбиновой кислотой, а затем уже применялась повторно сульфаниламидная терапия.

Из сульфаниламидов отдавалось предпочтение при лечении гонорреи сульфатиазолу и сульфадиамину. Лечение проводилось по следующей схеме: 1-й, 2-й, 3-й день — по 4,0 (8 раз в день по 0,5), 4-й и 5-й дни — по 3,0 (6 раз в день по 0,5), 6-й и 7-й дни — по 2,0 (4 раза в день по 0,5), а всего за курс — 22,0. При повторном лечении сульфаниламидами назначался новый сульфаниламидный препарат.

В тех случаях, где эффекта от применения сульфаниламидов не

наблюдалось, нами применялся пенициллин от 200 до 350 тыс. оксфордских единиц на курс. Пенициллин впрыскивался внутримышечно в ягодичную область от 50 до 75 тысяч ОЕ через 3 часа.

Как метод учета элиминации пенициллина из организма больной **Мажбиц** предложил уропенициллинометрию по оригинальной методике.

Из дополнительных диагностических методов, применяемых в последнее время в отделении женской гонорреи, следует отметить внутрикожное введение очищенного гонококкового антигена, причем, однако, было установлено, что он имеет мало диагностических преимуществ по сравнению с обычной гоновакциной, вводимой внутрикожно.

Осложнения, возникающие в результате перенесенной гонорреи главным образом в верхних отделах полового тракта, матке и придатках матки, требуют длительного лечения.

В период с 1927 по 1935 г. в нашей клинике применялся метод хирургического лечения таких осложнений; производилось удаление придатков полное или частичное, а в случаях воспалительных изменений в области матки применялась и операция дефундации по методу **Бейтнера**.

В отдельных случаях, где имел место старый спаечный процесс, производилось полное удаление матки с придатками; по возможности сохранялась часть обоих или одного яичника.

Однако после этих операций больные продолжали жаловаться на боли внизу живота и в пояснице, и даже после консервативных операций на придатках через некоторое время у них обнаруживались послеоперационные инфильтраты в месте операции в связи с наличием воспалительного очага, обусловленного существованием в придатках инфекционного начала.

Вследствие этого клиника в настоящее время прибегает чрезвычайно редко к хирургическому методу по поводу гонорройного поражения придатков матки и считает наиболее целесообразным консервативную терапию в виде физических методов лечения (диатермия, ионофорез, УВЧ, грязелечение и др.).

Большое внимание уделялось вопросу диагностики и лечения гонорреи у беременных (**Майзель**). И если, как видно из вышеизложенного, вопросы диагностики гонорреи представляются и до настоящего времени недостаточно разрешенными, то тем большие трудности возникали при установлении диагноза и проведении лечебных манипуляций у беременных женщин.

По материалам клиники установлено, что наличие беременности противопоказует активные манипуляции в области шейного канала, так как это может привести к кровотечениям и даже к прерыванию беременности. По данным **Астринского** и **Гринера**, кровотечения во время беременности, осложненной гонорреей, наступают в 14,4%, прерывание беременности в 7,3%. Все диагностические и лечебные процедуры в области шейного канала мы ограничиваем и допускаем только применение ванночек по **Менге**, а с целью получения диагностического и лечебного эффекта допускаем введение гонококковой

вакцины, но не в шейку матки, а внутримышечно, в ягодичную область, так как при таком методе реакция на гонококковую вакцину возникает не столь быстро и не так бурно, как при внутришеечном ее введении.

Остальные отделы нижнего участка половой сферы и прямая кишка подвергаются тем же диагностическим и лечебным манипуляциям, что и у небеременных.

Трудность диагностики и лечения этой категории больных ставит в настоящее время вопрос о необходимости применения пенициллина у них, особенно если речь идет о беременных в последние месяцы беременности.

Серьезнейший вопрос о критерии излеченности гонорреи разрешается нами таким образом: мы по окончании курса лечения рекомендуем нашим больным явиться для контрольного обследования накануне месячных и берем 2 мазка с применением метода обычной провокации (смазывание канала шейки матки 10% ляписом, мочевого канала 2% раствором протаргола); затем берется мазок в последний день месячных и в день после окончания месячных.

На 2-й месяц после окончания лечения мазки берутся, как выше было указано, накануне предполагаемых месячных, во время месячных 2 раза и после окончания месячных — 1 раз.

На 3-й месяц мазки берутся в весь период менструации и по окончании месячных — 3 мазка, с двукратной химической провокацией, в комбинации с гонококковой вакциной, введенной внутривагинально.

Если после указанного 3-месячного контроля в мазках не обнаруживается гонококков, больная считается излеченной.

Применение столь длительного обследования, педантично проводимого нами у наших пациенток, полностью удовлетворяет требованиям контроля.

Особенно интенсивная работа по вопросам женской гонорреи развернулась в клинике неоперативной гинекологии после 1935 г. до начала Отечественной войны, а также в период восстановления деятельности института в конце и после войны, когда Министерством здравоохранения было принято решение о передаче проблемы женской гонорреи в руки гинекологов.

На основании проведенных работ мы пришли к следующим положениям:

1. Гонорройный процесс часто осложняется у женщин другими привходящими инфекциями, что протекает в скрытой форме и в хронических случаях с трудом выявляется при помощи бактериологии и бактериоскопии, несмотря на разнообразие провокационных методов.

2. Менструация обладает прекрасным провокационным действием.

3. При наличии смешанной инфекции необходимо лечить специфически все виды инфекции при применении вакцинотерапии.

4. Сульфаниламидотерапия, проведенная без методов усиления, не дает радикального излечения в большинстве случаев.

5. Наибольшей терапевтической эффективности удается добиться путем комбинированного лечения сульфаниламидными препаратами

и регионарной вакцилотерапией по оригинальному методу ЦИАГ.
6. Закрепленный эффект получается при стационарном лечении при условии контрольного выдерживания в стационаре на протяжении 1 месяца после исчезновения гонококков.

В 1946 г. проф. В. А. Полубинский опубликовал краткое руководство для врачей по диагностике и лечению женской гонорреи, в котором отражены собственные материалы автора и коллективный опыт института по указанному вопросу.

Следует также отметить большую педагогическую работу, проделанную институтом по вопросам диагностики и лечения женской гонорреи среди врачей Ленинграда и области, а также на курсах для усовершенствования и специализации по акушерству и гинекологии.

Резюмируя все вышеизложенное, следует отметить, что в вопросах диагностики и лечения женской гонорреи институт достиг больших успехов. Успехи эти обусловлены, с одной стороны, творческими поисками научных сотрудников института, а также общими достижениями в области биологии и медицины.

Нельзя не отметить, что после Октябрьской социалистической революции изучению этого вопроса стало уделяться особенное внимание. Организация специального кабинета по женской гоноррее (1927 г.) в системе поликлиники института и специального отделения на 20 коек (1946 г.) свидетельствует о большом интересе к этому вопросу и стремлении обеспечить квалифицированную помощь больным.

Методы диагностики и лечения получили свое особенное развитие при Кипарском, Мандельштаме, Ягунове и Полубинском.

Дальнейшая разработка огромного опыта института с учетом новейших достижений науки являются залогом будущих успехов в деле усовершенствования диагностики и лечения женской гонорреи.

Проф. А. М. МАЖБИЦ

Организация акушерско-гинекологической урологии в ЦНАГ как самостоятельной дисциплины

Ни в сохранившихся архивных материалах, ни в печатных трудах института, изданных до 1927 г., мы не находим указаний на то, что в институте уделялось внимание изучению заболеваний мочевой системы у женщин, за исключением вопроса об оперативном лечении пузырно-влагалищных свищей. В 1903 г. Д. О. Отт в своей статье „О непосредственном освещении брюшной полости, мочевого пузыря, тонкой кишки и матки“ впервые указал на то, что гинекологу необходимо усвоить цистоскопию у женщин. Для этой цели им была предложена специальная модель уретроцистоскопа в виде двух желобоватых зеркал шириной в 0,5 см и длиной в 5 см; на верхнем зеркале была приспособлена электрическая лампочка; из практических соображений он соединил оба зеркала шарниром по принципу створчатых зеркал, что освобождало одну руку для производства необходимых манипуляций, в том числе для катетеризации мочеточников; для катетера в этих случаях был специально приспособлен пинцет, облегчающий введение его в освещенное отверстие мочеточника.

Уретродистоскоп Отта имеет некоторое практическое значение и по настоящее время, а именно в тех случаях, где представляется необходимым проведение цистоскопии мочевого пузыря с ограниченной емкостью (при отсутствии вокалительного процесса). Цистоскопия по Отту производится в тренделенбургском положении больной; пузырь наполняется воздухом, а цистоскоп вводится обычным образом. В ряде случаев мною с успехом использовывался цистоскоп Отта при супрасимфизарных свищах (цистоскоп вводится через свищевое отверстие).

Проф. Отт проявлял интерес к женской урологии, главным образом, в области лечения мочеполювых свищей, но он несомненно

также интересовался возможностью организации урологической помощи в клиниках института.

В 1912 г. он приобрел смотровой цистоскоп и реостат к нему.

До 1927 г. урологическая помощь в институте осуществлялась путем проведения консультаций в наиболее тяжелых случаях заболеваний мочевой системы в послеродовом периоде; эти консультации проводились по мере надобности специально приглашенными врачами-урологами. В 1926 г. эти консультации проводил проф. Гораш В. А.

Статистические данные о частоте заболеваний мочевой системы, приведенные в различных отчетах за прошлое время, мало убедительны, так как диагностика основывалась главным образом на симптоматологии заболеваний. Так, например, в отчете Ф. К. Гугенберга «Отчет С.-Петербургского Повивального института за XV лет, с 1845 по 1859 г.» отмечено расстройство мочеиспускания в 32 случаях (на 624 амбулаторных больных), а в стационаре — полипозные разрастания около мочеиспускательного отверстия 4 больных.

С. Т. Виридарский в своей диссертационной работе «Медицинский отчет акушерского отделения Клинического Повивального института за десятилетний период его деятельности — 1883—1893 гг.» упоминает о следующих случаях заболеваний мочевой системы: нефрит 16 случаев; 5 раз у первородящих и 11 раз у многородящих; 4 раза роды были преждевременными; из указанных 16 больных умерло 2 на 7-й и 8-й день после родов; в трех случаях было острое воспаление мочевого пузыря; эти данные, относящиеся к 5764 родам, указывают на недостаточную диагностику заболеваний мочевой системы в акушерском отделении в тот период времени.

В конце 1927 года было положено начало организации цистоскопического кабинета, для работы которого был использован единственный цистоскоп, привезенный Д. О. Оттом в 1912 г.

На протяжении 1928—1929 гг. цистоскопический кабинет был реорганизован в урологический, который стал базой для проведения производственно-практической, педагогической и научно-исследовательской работы в области женской урологии, т. е. здесь происходила концентрация всего урологического материала института. Довольно скоро урологический кабинет стал связываться с различными отделениями и клиниками института, главным образом с точки зрения уточнения диагностики осложнений со стороны мочевой системы в патологическом акушерстве, консервативной и оперативной гинекологии.

В последующие годы потребность в урологической помощи значительно возросла, в связи с чем был решен вопрос об организации небольшого стационара путем выделения 10 коек (5 в родовом отделении и 5 коек в оперативной гинекологической клинике). В 1930 г. эти койки заполнялись в основном беременными, страдающими пиелитами, а в гинекологическом отделении — больными с послеоперационными осложнениями со стороны мочевой системы.

Наряду с существованием специально выделенных урологических коек, которые в 1938 г. были реализованы в урогинекологическую

клинику, сохранилась необходимость в проведении повседневной урологической помощи в различных отделениях института: дородовой клинике, клинике послеродовых заболеваний, в оперативной гинекологической клинике и неоперативной клинике.

Всего с 1928 по 1946 г. по урологии в различных клиниках института проведено 9600 консультаций.

В прилагаемой таблице представлены цифровые данные, характеризующие движение урологических больных в дородовой клинике института за 15 лет (с 1929 по 1946 г.).

На 10694 беременных, поступивших в клинику за период с 1929 по 1946 г., было урологических 676, что составляет 6,3⁰/₀. По отдельным нозологическим единицам заболевания мочевой системы у беременных распределяются следующим образом: цистит 59 (8,7⁰/₀), пиэлоцистит 467 (69,1⁰/₀), пиэлонефрит 136 (20,1⁰/₀), нефрозонефрит 11 (1,6⁰/₀), камни почек 3 (0,44⁰/₀), — проценты выведены по отношению к урологическим больным. Таким образом мы видим, что среди урологических больных в дородовой клинике наивысший процент составляют больные с пиэлитами.

В 1939 г. в поликлинике института был выделен специальный прием по женской урологии, куда направлялись на консультацию, а также для специального лечения беременные и гинекологические больные из различных амбулаторий, венерологических диспансеров и т. п. Всего было принято 5681 урологических больных, из них 1894 первичных.

Через стационар с 1933 по 1937 гг. прошло 225 больных: в 1938 г. (1 месяц) — 18; в 1939 — 77; в 1940 — 61; в 1941 — 57; в 1946 г. (за 1¹/₂ квартала) — 37. Всего 475 больных. Из лечившихся 475 больных 176 страдали мочеполовыми свищами, а остальные в основном воспалительными заболеваниями мочевой системы.

Штаты

С 1927 г. до 1937 г. в штате урологического отделения были всего врач и сестра. С 1937 г. до 22 июня 1941 г. — заведующий урологогинекологическим отделением — профессор, один научный сотрудник, один ординатор и сестра. Во время финской кампании в здании института дислоцировался госпиталь, и урологическая помощь раненым оказывалась сотрудниками клиники.

В годы Великой Отечественной войны клиника не функционировала и вторично открылась в апреле 1946 г. со штатами; заведующий клиникой — профессор, один старший научный сотрудник, один ординатор и сестра. В административно-хозяйственном отношении клиника обслуживается персоналом неоперативной гинекологической клиники.

Оснащение клиники

Клиника в настоящее время имеет 20 штатных коек. Из оборудования имеется большое количество уретроскопов, цистоскопов (смотровые, катетеризационные, детские, универсальные новейшие модели

Дата	Общее количество больных в до-родовой клинике	Урологических больных	%	Цистит	%
1929	508	37	7,3	7	18,9
1930	751	39	5,2	4	10,2
1931	179	18	1,0	6	33,3
1932	346	29	8,4	2	6,9
1933	1043	41	3,9	2	4,9
1934	958	48	5,0	2	4,1
1935	669	57	8,5	3	5,2
1936	626	51	8,1	6	11,7
1937	768	54	7,0	3	5,5
1938	836	82	9,8	3	3,6
1939	989	78	7,9	3	3,8
1940	510	27	5,3	1	3,7
1941	632	47	7,4	4	8,5
1945	964	57	5,9	8	14,0
1946	915	11	1,2	5	45,4
Итого	10694	676	6,3	59	8,7

Пиэло- цистит	о/о	Пиэло- нефрит	о/о	Нефрзо- нефрит	о/о	Камни почек	о/о
22	59,4	8	21,6	—	—	—	—
23	58,9	11	28,2	—	—	1	2,6
11	61,1	1	5,5	—	—	—	—
19	65,5	8	27,6	—	—	—	—
29	70,7	10	24,4	—	—	—	—
30	62,5	16	33,3	—	—	—	—
38	66,6	14	24,6	1	1,7	1	1,7
35	68,6	9	17,6	1	1,9	—	—
29	53,7	19	35,2	3	5,5	—	—
58	70,7	19	23,2	2	2,4	—	—
68	87,2	6	7,7	1	1,3	—	—
24	88,8	1	3,7	1	3,7	—	—
32	68,0	10	21,3	—	—	1	2,1
44	77,1	3	5,3	2	3,5	—	—
5	45,4	1	9,1	—	—	—	—
467	29,1	136	20,1	11	1,6	3	0,44

отечественного изготовления); а также специальные фантомы для ведения занятий по уретроскопии и цистоскопии. Кроме того, большая коллекция цветных муляжей по вопросам патологии женской уретры и мочевого пузыря, а также большое количество тоновых и цветных рисунков с натуры (по уретро-цистоскопии). Кроме того, клиника располагает большой коллекцией диапозитивов по цисто-радиографии и уретеропиелографии, отображающей норму и патологию мочевой системы женщины. Далее была изготовлена серия самых разнообразных препаратов по цитологии (пиограммы) женской гонорреи.

В клинике имеется ряд изобретений: фантомы для обучения цистоскопии при пролапсе матки, уренициллинометр для определения концентрации пенициллина, выводимого с мочой, а также некоторые специальные инструменты для фистульной хирургии.

Большой интерес представляет собой эволюция диагностики и лечения заболеваний мочевой системы женщин; последнее в значительной степени находилось в связи с весьма разнообразным клиническим материалом и развитием дифференцированной урологической помощи. В первые годы развития урологии в институте в основном применялись следующие методы диагностики: уретроскопия, цистоскопия, хромоцистоскопия и изредка уретеропиелография. Урография редко применялась за отсутствием специальных препаратов — абродила и уроселектана.

Начиная с 1936 г., с введением в урологическую практику отечественного препарата сергозина, мы стали широко применять ортоградную уретеропиелографию (урографию). В литературе приводятся описания некоторых случаев осложнений после применения сергозина; на нашем же материале, кроме обычно отмечаемой некоторой болезненности при введении его, никаких осложнений не наблюдалось. Для урографии мы вводим 50,0 40%-ного раствора сергозина (в теплом виде) и производим три снимка: 1-й снимок через 6 минут, 2-й — через 15, 3-й — через 25 минут (на эвакуацию сергозина). Предварительная подготовка к урографии: в течение трех дней до снимка больная принимает карболен по 1 таблетке 3 раза в день; накануне снимка вечером очистительная клизма и за час перед снимком тоже очистительная клизма; накануне — сухоядение. На основании наших наблюдений над применением урографии в ЦИАГ я позволю себе выделить следующие показания для урографии в акушерстве и гинекологии:

1. При солидных опухолях тела матки — фибромиомах, тубовариальных новообразованиях, пельвеоперитонитах, выполняющих значительную часть полости малого таза, резко смещающих дно мочевого пузыря или одно или оба мочеточниковых устья; при раке шейки матки III степени с переходом раковых разрастаний на стенку мочевого пузыря, на 9—10 месяцах беременности.

2. При стенозах и стриктурах уретры при уретральных опухолях, ограничивающих доступ к полости мочевого пузыря; при малой емкости мочевого пузыря в связи с деструктивными изменениями стенки мочевого пузыря *cystitis dissecans gangraenescens puerperalis*

при значительно выраженной трабекулярности стенок пузыря, тромбозе вен мочевого пузыря, гематуриях, новообразованиях пузыря, под влиянием которых резко изменяется топография устьев, при аномалиях развития мочевой системы, эктопиях и дистопиях мочевого пузыря и т. д., при уретеро-пузырно-влагалищных свищах.

3. При аномалиях развития таза, при экзостазах. Таким образом случаи, показанные для урографии с точки зрения технической невозможности проведения обычной цистоскопии, можно подразделить на три группы: а) зависящие от заболеваний половой сферы; б) от заболеваний мочевой системы и в) опухолей стенок таза.

Цистография как метод определения в рентгеновском аспекте контуров мочевого пузыря в урологической клинике института применяется с 1932 г. В качестве контрольного вещества для наполнения мочевого пузыря в первые годы применялся 10%-ный раствор бромистого или иодистого натра, но затем мы были вынуждены от него отказаться, так как эти препараты вызывали последующую дизурию, а поэтому с 1935 г. по настоящее время мы используем 8%-ный раствор колларгола в нагретом виде. В ряде случаев цистографии мы применяли 6%-ный раствор сергозина.

Что касается пневмоцистографии, то по контрастности она уступает цистографии с колларголом. На основании многочисленно произведенных цистографий в нашей клинике удалось установить, что мочевой пузырь может принимать самые разнообразные формы: верхушка резко вытянута кверху, когда он *in toto* смещен вправо или влево, книзу и кзади; когда принимает шарообразную форму или форму восьмерки (при пролапсе матки). При атонии пузыря и отверстий мочеточников при цистографии наблюдается пузырно-мочеточниковый рефлюкс; последний, по нашим наблюдениям, нередко имеет место у многорожавших женщин с энтероптозом в последние сроки беременности.

Цистоскопия несомненно имеет все преимущества перед цистографией, но последняя может служить дополнительным диагностическим методом в акушерстве и гинекологии. Показания к цисторадиографии у женщин: спастические сокращения мочевого пузыря, не дающие возможности ввести цистоскоп, или же невозможность получения прозрачной среды для цистоскопии; при новообразованиях и дивертикулах мочевого пузыря, для определения стояния верхушки пузыря и боковых стенок; последнее имеет огромное значение в деле профилактики ранений мочевого пузыря при гинекологических операциях, предпринимаемых по поводу солидных опухолей половой сферы. Очень эффективной является цистография при цистоцеле, пролапсах матки и парациститах (инфильтрациях стенок пузыря); при дивертикулах мочевого пузыря целесообразно проводить урографию наряду с цистографией.

Уретрография не получила широкого распространения в урогинекологической клинике, так как круг показаний для ее применения чрезвычайно мал — дивертикулы уретры и недержание мочи (в редких случаях). Вентро-везиковагинальная диафаноскопия, как новый

диагностический прием в акушерстве и гинекологии, была мною предложена в 1931 г. и получила широкое распространение в клинике женской урологии (методику показания см. „Акушерско-гинекологическая урология“, 1936 г.).

Инструментально-оптические методы обследования, примененные в урогинекологической клинике с 1928 по 1946 гг., составили на 9600 консультаций:

1. Уретроскопий	1900
2. Цистоскопий	6850
3. Хромоцистоскопий	4050
4. Вагиноскопий	610
5. Кольпоскопий	180
6. Гистероскопий	58
7. Ректороманоскопий	1750
8. Уретеропиэлографий (ретроградная)	660
9. Урографий	320

На протяжении всего времени существования в институте урологической помощи усовершенствовались старые и разрабатывались новые как консервативные, так и хирургические методы лечения заболеваний мочевой системы у женщин. К консервативным методам лечения заболеваний мочевой системы у женщин, применяющимся в нашей клинике, относятся: 1) медикаментозное лечение, 2) физиобальнеотерапия; 3) вакцинотерапия; 4) химиотерапия и 5) лечение антибиотиками.

В основном применяются препараты серебра в различных видах и разведениях для местного прижигающего действия, смазывания, промывания и инстиляции в мочевой пузырь и уретру при катетеризации мочеточников и почечных лоханок. Одновременно проводится широкое применение уротропина, кальция и др. Медикаментозное лечение широко используется при уретритах, уретротригонитах, цистопиэлитах и др. При отечной форме парауретрита помимо прижиганий применяется еще и расширение уретры горячими дилататорами.

Несмотря на интенсивный рост современной фармакологической индустрии, мы и по настоящее время еще не располагаем абсолютно эффективными антисептическими средствами для создания стерильной среды в мочевой системе. Все же повседневные клинические наблюдения показывают, что ряд таких средств, как салол, уротропин, мирмалид, боровертин, гельмитол, пилокарпин, являются хорошими дезинфицирующими средствами. С целью дезинфекции мочевой системы при пиэлитах мы применяем уротропин или перорально по 1 г 3 раза в день или внутривенно 40%-ный его раствор по 10,0 через день, чередуя его с кальцием; такая интенсивная уротропинизация, по нашим наблюдениям, побочных явлений не вызывает.

Еще в 1928 г. нами была установлена несовместимость одновременного назначения салола с уротропином, так как салол оказывает воздействие только в моче со щелочной реакцией, а уротропин — в моче с кислой реакцией.

С 1933 г. в соответствии с указаниями Пикарда о возможности усиления действия уротропина — усиления кислотности мочи, снижения выделения уротропина из организма, а также для того, чтобы даже при щелочной реакции обеспечить расщепление уротропина (формальдегида), мы прибавляем на каждые 5,0 раствора уротропина при внутривенном его введении 0,8 салицилового натра и 0,2 *Cof. natr. benz.* Боли, как правило, исчезают, температура снижается, и моча становится более прозрачной. Благодаря салициловому натрию повышается окислительный процесс, что и благоприятствует лучшему отщеплению формальдегида даже в щелочной моче; *Cof. natr. benz.* повышает суточный диурез. Лечение пиэлитов метиленовой синькой (0,3—0,5 по 3 раза в день) у нас в клинике не оправдало себя.

Сальварсан, благодаря своему формальдегидному компоненту, представляет собою хорошее дезинфицирующее средство при пиэлитах; сальварсан вводится внутривенно 0,15 2—3 раза с промежутками в 2—3 дня.

С целью усиления диуреза нами широко используются мочегонные средства: *Cof. natr. benz.* 0,1, *diuretin* 0,3—0,5, подкожные или внутривенные вливания глюкозы. В тех случаях, где представляется необходимым снизить диурез, как, например, при пенициллинотерапии, мы назначаем *Natr. citrici* 1,0 3—4 раза в день.

В клинике чрезвычайно широко применяется метод лечения пиэлитов, предложенный в свое время Мейер-Бетцом (Meier-Betz). Этот способ лечения сводится к следующему: 1) в течение трех дней подряд назначается *Sol. ac. phosphor.* 2% по 100,0 в день + сухоядение; 2) четыре дня подряд назначается *Natr. bicarb.* на боржоме по 5,0 (3 × 5) в день и усиленное питье; 3) на 8-й день исследуется моча на лейкоцитоз, реакцию и пр. Перерыв на 3—4 дня. В случае обнаружения еще значительного лейкоцитоза весь курс лечения повторяется.

На нашем огромном материале (свыше 2000 больных с пиэлитом) этот способ в сочетании с диатермией почечной области (по 30—45 минут), опоясывающими согревающими компрессами на ночь, общими ваннами дает в 70% случаев хорошие результаты.

Исходя из соображений о приспособлении бактерий к определенной химической среде, нами для понижения устойчивости их при лечении пиэлитов у беременных предложено изменять реакцию мочи через короткие промежутки времени; для этой цели мы применяем следующий метод: три дня подряд назначаем 2%-ный раствор фосфорной кислоты по 100,0 в день + сухоядение, затем три дня подряд по 3,0 уротропин + обильное питье (чай, молоко в горячем виде), а на седьмой день исследуется моча, и в зависимости от результатов ограничиваемся только что изложенным или же повторяем всю серию; так как беременные зачастую плохо переносят фосфорную кислоту, то вместо нее назначается в первые три дня белый стрептоцид по 3,0; при наличии минеральных вод чередуем между

собой воды кислой и щелочной реакции (Эссендуки № 4, 17 и Смирновские воды).

Бальнео- и физиотерапия нами широко используются при заболеваниях мочевой системы у женщин; при одно- и двусторонних пиелитах применяется диатермия на область почки; применение диатермии дает хороший терапевтический эффект при пиелозктазиях во время беременности, причем ни в одном из применявшихся случаев не наблюдалось никаких осложнений. При воспалительных заболеваниях нижнего отрезка мочевой системы нами широко используется местное применение диатермии.

При хронических воспалительных заболеваниях уретры, мочевого пузыря и юкствезикальной части мочеоточника нами широко применяются как курортные, так и внекурортные бальнеологические факторы: влагалищное, ректовагинальное грязелечение с одновременной вентральной грязевой аппликацией, а также обильное питье минеральной воды в горячем виде. Для жанетизации при уретритах, а также для промывания мочевого пузыря (с растяжением) при циститах мы применяем минеральные воды.

Особенно хорошие результаты дает комбинированный метод бальнеолечения в клинике женской урологии: во влагалище одновременно вводится грязевой тампон, а в мочевой пузырь, в пределах физиологической его емкости, вводится минеральная вода высоких температур или же комбинируются микроклизмы с продолжительными влагалищными орошениями и промываниями мочевого пузыря минеральной водой.

Чрезвычайно широко применяется в клинике электрокоагуляция скенеитов, а также трансвезикальная электрокоагуляция опухолей мочевого пузыря и уретроцеле. Электрокоагуляция полностью вытеснила электрокаустикку скенеитов. При электрокоагуляции в результате сваривания происходит незначительное обугливание ткани с последующим рубцеванием; кровотечения при этом не наблюдается.

В 1936 г. нами было опубликовано 58 случаев электрокоагуляции скенеитов с хорошими результатами. В настоящее время клиника располагает наблюдениями над применением электрокоагуляции гонорройных, постгонорройных и неспецифических скенеитов более чем в 300 случаях, и ни в одном из них не наблюдался рецидив. Техника и методика: проспирцевав больную 5% раствором молочной кислоты, проводим местную анестезию путем введения в уретру палочки с ватой, смоченной 10% раствором новокаина, или же инфильтрируем 1/2% раствором новокаина парауретральную клетчатку; далее вводится игла Фореста как можно глубже в просвет железы, а пластинчатый электрод кладется под крестец больной; ток включается на 2—3 секунды. Дабы образовавшийся струп подольше продержался и не инфицировался мочой, прижатый участок смазывается обильно 5% риваноловой мазью. Точное выполнение этой техники, а главное, введение иглы до основания хода, полностью гарантирует нас от рецидива.

С 1933 г. мы начали применять поливалентную полимикробную вакцину при воспалительных заболеваниях мочевой системы у женщин.

В целом ряде случаев оказалось наиболее целесообразным применение аутовакцины.

Установлено, что далеко не всегда представляется возможным с точностью установить роль и удельный вес каждого из обнаруженных микробов при смешанных инфекциях, а также, что при обследовании микрофлоры открытых полостей, какими являются мочевая и половая системы, для изготовления аутовакцины мы берем бактерии, полученные в посевах *en masse*. Исходя из только что здесь изложенного, мы пришли к выводу, что для изготовления аутовакцин урогинекологических больных следует использовать следующие материалы: 1) центрифугат мочи, полученной катетером из соответствующей почечной лоханки или же из мочевого пузыря; 2) выделения из эндцервикса, уретры и вагины; 3) выделения прямой кишки + faeces.

Аутовакциноterapia применяется в нашей клинике в следующей дозировке: вводится ежедневно или через день по 500 миллионов микробных тел, в зависимости от реакции, всего 10 инъекций. Нами разработаны следующие показания к применению аутовакцины у трех групп больных: 1) пиэлиты беременных; 2) перфорация гнойников половой сферы в мочевой пузырь; 3) подготовка к операции пересадки мочеточников в прямую кишку. Аутовакцинация при пиэлитах мы применяем исключительно с лечебной целью; при перфорации же гнойников аутовакцинация применяется с целью предоперационной подготовки как метод предупреждения послеоперационных осложнений.

В последние годы нами применяются при пиэлитах у беременных сульфаниламидные препараты. Сульфотерапия пиэлитов вполне себя оправдала. Для получения хорошего эффекта обычно необходимо поддерживать высокие концентрации препарата в моче; например, в течение 3—4 дней концентрацию свободного белого стрептоцида поддерживать на уровне 125 мг⁰/₁₀₀.

В урогинекологической клинике применяются следующие сульфамидные препараты: белый стрептоцид, сульфидин, сульфотиазол, дисульфан, сульфазол.

Сульфаниламиды применяются в клинике также и для профилактики инфекции мочевой системы; так, например, перед и после цистоскопии назначается по 0,5 белого стрептоцида; от назначения же красного стрептоцида следует воздержаться, так как он вызывает значительное покраснение слизистой пузыря и, следовательно, извращает цистоскопическую картину.

По имеющимся литературным данным, антибиотики для лечения заболеваний мочевой системы мало применялись. Как было установлено в 1944 г. Рамелькампом (Ramelkamp), пенициллин выводится главным образом почками в количестве 70—90% введенной дозы. В моче пенициллин быстро инактивируется. При понижении выделительной функции почек концентрация пенициллина в крови возрастает и длительно держится на высоком уровне. Последнее обстоятельство обуславливает целесообразность применения пеницил-

лина при пиэлитах, где выделительная функция почек нарушена. В ряде случаев пиэлитов нами вводился пенициллин парэнтерально, но без эффекта; гораздо лучшие результаты получались, когда пенициллин применялся местно; для этого путем катетеризации мочеточников сначала промывались почечные лоханки теплым физиологическим раствором, а затем через те же катетеры вводится 50 000 оксфордских единиц пенициллина. Дабы воспрепятствовать немедленному (в случае удаления катетеров) выделению пенициллина из почечных лоханок, мы оставляем катетеры *à demeure*, а на каудальные концы катетеров надеваем зажимы Кохера. Катетеры удаляем через 2 часа. Местная пенициллинотерапия по только что описанному методу применялась нами с успехом в 7 случаях.

Критерием эффективности служат: снижение температуры, улучшение анализа мочи, улучшение общего самочувствия больной, уменьшение болей в почечной области и др.

К хирургическим методам лечения, применяемым в нашей клинике, относятся: 1) на уретре — наружная уретротомия с целью удаления полипов, фурункулов, резекция уретры в связи с пролапсом или эктропионом слизистой уретры, рассечение рубцов при стенозе и стриктуре; экстирпация дивертикулов или дивертикулоррафия. Удаление парауретральных абсцессов; 2) операции на мочевом пузыре по поводу частичного или полного недержания мочи в связи с деструкцией уретротригонального сфинктера, зашивания мочеполовых свищей, удаление опухолей и камней мочевого пузыря; удаление покрытых инкрустацией лигатур, перфорировавших в мочевой пузырь, и пр.; 3) операции на мочеточниках в связи с отведением мочи; 4) на почках — новообразования почек, калькулярный нефрит, паранефрит. Четвертая группа оперативных вмешательств занимает скромное место в клинике; так, например, в 1934 г. был один случай нефректомии по поводу послеродового пиэлонефрита, в 1938 г. — один случай пиэлотомии, в 1946 г. — два случая нефректомии.

Остановимся несколько подробнее на достижениях клиники в деле лечения мочеполовых свищей.

Разработка хирургических методов лечения мочеполовых свищей у женщин в Акушерско-гинекологическом институте связана с именами профессоров Д. О. Отта, Р. В. Кипарского, А. Э. Мандельштама и А. М. Мажбига.

Еще в 1903 г., а затем в книге „Оперативная гинекология“, изд. 1914 г., Д. О. Отт опубликовал свой метод уретропластики (а не уретропоза), подковообразное освежение уцелевшей передней стенки уретры и накладывание двухъярусных шелковых швов. Пузырно-влагалищные свищи Д. О. Отт зашивал по методу освежения, предложенному и разработанному Жабер де Ламбел (Jaber de Lambelle), а затем Марион Симсом и Симоном (Sims u. Simon). В дальнейшем метод освежения, как дающий значительный процент неудач, был заменен проф. Р. В. Кипарским методом расщепления; в 1933 г. на заседании Ленинградского акушерско-гинекологического общества и на IX съезде акушеров-гине-

кологов он поделился своими результатами лечения сложных мочепо-
ловых фистул.

А. Э. Мандельштамом был разработан метод атипичного
лоскутного способа зашивания свищей, влагалищного способа заши-
вания двусторонних мочеточниковых свищей и модифицирована опе-
рация Мартиуса (Martius).

Наибольший материал по фистульной хирургии суммировался
в институте за последние 15 лет и находился под моим непосред-
ственным наблюдением; последнее следует объяснить тем, что неотъ-
емлемой частью женской урологии, организуемой и руководимой
мною в институте, является и лечение мочеполовых свищей, в том
числе и хирургия их.

Приводим некоторые статистические данные, характеризующие
движение свищевых больных за 1859—1946 гг. в нашем институте.

Годы	Свищевые больные	Опубликованы
1859—1872	5 (0,5%)	Д. О. Отт. Сто лет деятельности Император- ского Повивального Института. СПб. 1898 г.
1880—1892/3	4 (0,48%)	Д. О. Отт. Сто лет деятельности Император- ского Повивального Института. СПб. 1898 г.
1893—1896/7	8 (1,03%)	Медицинский отчет гинекологического отделения Императорского Повивального Института, 1913 г.
1904—1907	30 (1,9%)	Медицинский отчет гинекологического отделения Императорского Повивального Института, 1913 г.
1909—1921	50 —	Проф. Л. И. Бубличенко. Влагалищные фи- стулы по материалу Акушерско-гинекологи- ческого института за 1909—1921 гг. Рус- клиника, 1928 г., стр. 66—76.
1926—1933/4	77 —	А. М. Мажбиц. Акушерско-гинекологическая урология, стр. 358, 1936 г.
1934—1947	220 —	А. М. Мажбиц. В данной работе.

Из прилагаемой таблицы видно, что за последние 50 лет в инсти-
туте было 377 свищевых больных. Указанные в таблице цифры
далеко не полностью отражают движение свищевых больных в ин-
ституте; так, например, сюда не включены свищевые больные, обра-
щавшиеся в поликлинику института. Так как первая группа в 77 боль-
ных была мною опубликована в 1936 г., то здесь коснусь только
220 больных (с 1934 по 1946 г.). Из 220 свищей до поступления

в клинику оперировалось 1 раз — 12 больных, 2 раза — 14, 3 раза — 8, 4 раза — 4, 5 раз — 1, 7 раз — 1, 9 раз — 2; гинекологические: 1 раз — 12 больных, 2 раза — 7, 7 раз — 1, 11 раз — 1.

Спонтанно зажили свищи у 21 больной. Выписалось без операции 10 (8 при наличии беременности и 2 иноперабельные раковые больные). Трансвезикальная электрокоагуляция применялась у 5 больных (1 безуспешно). По поводу перфорации гнойников в мочевой пузырь оперировано 10. 159 мочеполовых свищей оперировано в урологической клинике с положительными результатами в 94,9%; с летальным исходом 3: 1 после пересадки мочеточников в мочевой пузырь, 1 — оперированная по поводу перфорации пиосальпинкса в мочевой пузырь и 1 с огромным пузырно-влагалищным свищем.

Что же способствовало тому, что в столь высоком проценте случаев мы получили благоприятные результаты (около 95%)? Тщательное изучение вариантной топографической анатомии мочеполовой системы у свищевых больных, тщательная предоперационная подготовка, с целью устранения сопутствующих свищам осложнений, усовершенствованная оперативная техника и предупреждение послеоперационных осложнений.

Виды свищей

Акушерские	Гинекологические
Fist. vesico-vaginalis 106	Fist. vesico-vaginalis 20
Fist. urethro-vesico-vaginalis 25	Fist. urethro-vesico-vaginalis 4
Fist. vesico-cervico-vaginalis 17	Fist. urethro-vaginalis 2
Fist. urethro-vaginalis 3	Diverticulus urethrae 3
Destructio urethrae 5	Fist. urethro-vaginalis 2
Fist. urethro-vaginalis 2	Fist. adnexo-vesicalis 29
	Кожно-кишечный свищ 2

Остановимся прежде всего на методах устранения цистопиэлиты у свищевых больных.

Циститы и цистопиэлиты у свищевых больных — явление исключительно частое, но, не добившись чистой мочи, нельзя приступить к оперативному вмешательству. Большинство авторов, занимавшихся фистульной хирургией, отмечая частоту цистопиэлитов у свищевых больных, совсем не останавливаются на этиологии возникновения и их профилактике, а вопросы лечения освещаются в аспекте обычной ятрогеновоспалительной терапии в виде ванн, согревающих компрессов на поясничную область, назначения уротропина внутрь или интравеннозно и промывания мочевого пузыря. Между тем радикально и в короткий срок избавить свищевую больную от цистопиэлиты имеет огромное практическое значение, так как этим самым мы резко укорачиваем продолжительность предоперационной подготовки, а зна-

чит и ее пребывание в клинике. Вот почему я считаю возможным остановиться на всех этих вопросах — этиологии, профилактике и лечении цистопиелитов у фистулезных больных наиболее подробно на основании новейших достижений клинической и теоретической медицины. Прежде всего необходимо отметить, что на основании многочисленных лабораторных исследований мочи у свищевых больных удалось установить, что пиелиты у них в большинстве случаев колибациллярного происхождения.

Практически важно тут же отметить, как собирать мочу у свищевых больных для бактериоскопического и бактериологического исследования, которую они теряют непрерывно. Если свищ небольшой — капиллярный, то, несмотря на вытекание мочи через свищевое отверстие и через влагалище, в мочевом пузыре еще остается количество, достаточное для исследования; причем, если свищевое отверстие расположено не посредине передней стенки влагалища, а где-нибудь сбоку, справа или слева, позади нисходящей лонной дуги, удастся путем повертывания больной на бок, противоположный локализации свища, воспрепятствовать вытеканию мочи, и последняя накапливается в соответствующем участке мочевого пузыря.

В тех же случаях, когда свищевое отверстие несколько больших размеров, можно рекомендовать следующие два метода: 1) больная укладывается в постель на 12—15 часов животом вниз, влагалище плотно тампонируется марлей, слегка пропитанной дистиллированной водой, после чего удается катетером добыть необходимое количество мочи: 2) вводится в мочевой пузырь постоянный катетер, а больная укладывается животом вниз.

Что касается возможности определения суточного диуреза у свищевых больных, то это задача довольно сложная. В тех же случаях, когда свищ огромный, пропускает, например, 3 и больше пальцев, тогда мочу собирать не удается, хотя в случаях острой необходимости после предварительного спринцевания путем закупорки окклюзем (пробкой) влагалища удастся накопить некоторое количество мочи во влагалище.

Действительно, как показали наблюдения нашей клиники, количество выделяемой мочи у свищевых больных увеличено, но это увеличение столь незначительно, что оно само по себе не может вызвать значительного обезвоживания организма. Наклонность к запорам у свищевых больных можно было бы объяснить тем, что они предпочитают движению постельный режим, а может быть, еще и потому, что фистулезные больные содержатся в огромном количестве случаев на однородной пище (молочно-растительная). Все три пути, по которым проникают бактерии в мочевую систему, как гематогенный, лимфатогенный и интраканаликулярный — восходящий — путь урогенный, могут привести к появлению цистопиелитов у свищевых больных.

Восходящая форма пиелитов у свищевых больных встречается довольно часто и может быть объяснима двумя моментами: 1) источником экзогенной инфекции, распространяющейся через свищевое

отверстие и уретру, является прямая кишка, преддверие и влагалище с кишашей в них флорой и 2) анатомические, динамические и функциональные изменения в мочевой системе.

Четыре фактора играют значительную роль при защите мочевой системы от восходящей инфекции: 1) хорошо функционирующий сфинктер мочевого пузыря, 2) нормальная функция мочеточников и их устьев, 3) сильная энергичная струя мочи, быстро выводящей попавших в мочевой пузырь бактерий, и 4) кислая реакция мочи, правда, не препятствующая росту кишечной палочки, но и не способствующая ее росту.

Все только что указанные четыре момента как раз и отсутствуют у большинства свищевых больных: сфинктер у них часто оказывается разрушенным, мочеточниковые устья нередко расположены непосредственно у краев свищевого отверстия и окружены рубцовой тканью, вследствие чего подвижность юкствезикальной части мочеточников ограничена; просвет устьев легко инфицируется за счет окружающей его инфицированной ткани области свища.

С точки зрения профилактики цистопиелитов у свищевых больных чрезвычайно важно найти и подвергнуть лечению очаговое заболевание, лежащее в основе инфекции почек. Сюда относятся: ангина, кариозные зубы, рецидивирующий аппендицит, копростаз и прочее.

Существенное значение должно быть уделено точной топической диагностике свищей и учету резервных тканей, которые могут быть использованы в качестве пластического материала для закрытия свищевого отверстия.

Такие методы диагностики мочеполювых свищей у женщин, как пальпация, зондирование, осмотр на зеркалах, применение цистоскопии в коленно-локтевом положении, транскондомицистоскопия, проба с контрастными растворами, изложены с исчерпывающей полнотой в книге „Акушерско-гинекологическая урология“, 1936 г., в данной же работе приведу в порядке дополнения те диагностические методы, которые нами применялись за последние 10 лет.

Необходимость надлобковой цистоскопии возникает там, где невозможна обычная цистоскопия из-за препятствий по ходу уретры. Необходимые условия для надлобковой цистоскопии: пузырь должен иметь емкость не меньше 50,0.

Фистулография. Бракеман (Brackemann) предложил в 1926 г. рентгенографию мочеполювых свищей. В качестве контрастных веществ он использовал 25%-ный иодипин или 60%-ный абродил; после наполнения свищевого хода контрастным веществом накладывают мастизоловую пасту с целью воспрепятствовать вытеканию контрастной жидкости. По нашим наблюдениям, фистулография при пузырно-влагалищных и уретровагинальных свищах ничего не дает. Очень эффективной является фистулорентгенография при кожно-мочевых свищах, — для этого Брауновским шприцем инъцируется 25%-ный сергозин в свищевой канал; этим путем выявляется направление свищевого хода, его разветвления, пути сообщения с кишечником, с половым аппаратом, с мочевым пузырем и т. д., встречное

зондирование со стороны пузыря, введение бариевой каши в кишечник или резиновой трубки, введение 25%-ного раствора сергозина в полость матки (4 см³) с целью одновременной гистеросальпингографии и пр. дополняют и уточняют диагностику.

Урография. Показания к урографии мочеполовых свищей у женщин в литературе не приводятся, в связи с чем остановлюсь здесь несколько подробнее на этом вопросе.

При мочеточниковых некротических свищах ортоградная уретеропиэлография дает отличные результаты в огромном проценте случаев, так как при этом мы получаем ориентировочное представление о месте, соответствующем перерыву в мочеточнике. Я говорю „ориентировочно“ потому, что мне лично приходилось в некоторых случаях констатировать ошибочную трактовку локализации свища, трактуемой уретеропиэлографией; последнее можно объяснить тем, что контрастное вещество не всегда достигает истинного места поврежденного мочеточника, так как на почве рубцовой ткани мочеточник меняет свое направление, приобретает изгибы, в связи с чем контрастное вещество останавливается в своем продвижении гораздо выше истинной локализации свища, и, следовательно, рентгенограмма является неполноценной.

Что касается того, что урографией при мочеточниковых свищах удастся определить размеры бухты в параметрии, куда стекает контрастная окрашенная моча, то, по моим наблюдениям, эта цель здесь достигается, но не полностью, тогда, когда краниальный и каудальный отрезки поврежденного мочеточника находятся друг от друга на некотором расстоянии, и больная фактически мочится в собственные ткани — в параметрий; окрашенная моча распределяется неравномерно в клетчатке, в силу того хотя бы, что внутриклеточное давление в клетчатке, окружающей свищ, неравномерно, так как рубцовая ткань способствует возникновению многокамерности (гнездатости, ячейности), куда окрашенная жидкость может и не попасть.

Показания к урографии при мочеполовых и мочекожных свищах у женщин следующие: при подозрении о наличии мочевого затека в связи с травмой мочевой системы во время гинекологических операций, при мочеточниково-влагалищных свищах; при мочеточниково-кожных свищах; после пересадки мочеточников в кишку, — здесь урография и ректороманоскопия являются наилучшими методами функциональной диагностики пересаженных мочеточников, хотя хроморектоскопия (наш термин) является более положительным методом, так как через введенный ректоскоп мы можем наблюдать появление окрашенной мочи в прямой кишке. Урография может нам также оказать неоценимую услугу в тех случаях, где имеется подозрение на имевшую место перевязку лигатурой мочеточника во время гинекологических операций.

Предоперационная подготовка

Резиновые круги, резиновые матрацы, частая смена белья, подкладных простыней являются необходимыми для свищевых больных.

Свищевых больных лучше сгруппировать в отдельных палатах. Палаты, где находятся свищевые больные, должны особо тщательно ежедневно проветриваться. Вопрос о снабжении свищевых больных достаточным количеством белья может быть разрешен в плоскости использования сфагна, гигроскопического и в то же время дешевого материала. Сфагн (торфяной мох) с большим успехом применялся мною в годы Великой Отечественной войны на Ленинградском фронте как всасывающий перевязочный материал для гнойных ран. И. П. Виноградов и С. А. Нательнов указывают, что сфагн лучше впитывает гной, чем гигроскопическая вата и лигнин.

Наиболее своевременным, по нашим наблюдениям, сроком для зашивания свищей следует считать 2—3 месяца после их возникновения.

Гидро-бальнео- и физиотерапия в деле предоперационной подготовки свищевых больных, по нашим наблюдениям, должна играть выдающуюся роль. С первого же дня поступления свищевой больной в клинику ей тщательно сбриваются волосы с наружных половых органов и назначаются общие полуванны или тазовые ванны температуры 38—39° С по 10—15 минут. Эти ванны следует продолжать изо дня в день.

При наличии гнойничковых сыпей назначаются физиотерапевтические процедуры, а также припудривание стрептоцидом пораженных участков кожи или слизистой. Риваноловая или стрептоцидная мазь также дает хорошие результаты, но уступает по своей эффективности припудриванию стрептоцидом. Мочевой пузырь промывается *sol. arg. Nitr.* 1:10000; спринцевание молочной кислотой (40%-ной, 1 столовая ложка на кружку воды); частые слабительные; накануне операции легкий обед; утром до операции очистительную клизму.

Послеродовые, а также хирургические свищи очень часто сопровождаются параметритом, парациститом и парапроктитом; наличие же рубцовой ткани, сковывающей в первую очередь стенки мочевого пузыря, в значительной степени осложняет работу хирурга во время операции, когда он стремится сделать пузырь максимально подвижным. Здесь играют выдающуюся роль ванны, горячие клизмочки (CaCl 5%-ный 50,0, температура 41—43°, на ночь) и согревающие компрессы на низ живота и широкое применение физиотерапии.

Наиболее эффективных результатов и в наиболее короткие сроки можно добиться в смысле рассасывания инфильтратов и размягчения рубцов путем применения вагинальной физиотерапии, как диатермии, ионтофореза или вагинальных грязевых тампонов, но в тех случаях, когда в связи со значительным количеством рубцовой ткани влагалище резко укорочено или сужено или то и другое вместе взятое, тогда следует прибегать к ректальной физиотерапии — диатермии или же ректальному грязелечению. Наилучшие результаты дают вентровагинальное или же вентроректальное грязелечение.

Очень хорошие результаты дают местные грязевые аппликации при наличии воспалительных процессов вокруг и по ходу мочеточников, а при пиелитах — диатермия на область пораженной почки.

В благотворном действии всех вышеуказанных процедур на свищевых больных — на ход оперативного вмешательства и послеоперационное течение может убедиться каждый, кто хоть раз использует гидро-физиотерапию при подготовке свищевых больных к операции.

Питание свищевых больных в предоперационном периоде

Практически всегда встает вопрос о том, какое следует назначать питание свищевым больным в предоперационном периоде, дабы способствовать скорейшему исчезновению солей, предупреждению их появления и повлиять на изменение реакции мочи в сторону ее подкисления.

До 1938 г. я, как и другие авторы, назначал свищевым больным главным образом молочно-растительную диету; в этом отношении мы, акушеры-гинекологи, в одинаковой степени все грешны, ибо, как установлено работами ряда авторов, как Ноордена, Клемперера и Певзнера, при растительной пище реакция мочи становится щелочной, а при пище, богатой белками, реакция становится кислой.

Проведением в течение длительного времени определенного режима питания можно добиться превалирования кислотных или щелочных валентностей в тканях с одновременным повышением или понижением резервной щелочности крови (Б. А. Шмуклер).

Дабы перевести щелочную реакцию мочи у фистулезных больных в кислую, можно с успехом использовать назначение внутрь различных кислот; сюда относятся фосфорная, бензойная, салициловая и соляная кислоты.

Остановлюсь на назначении каждой из них в отдельности.

Назначением фосфорной кислоты мы повышаем количество ее в организме, что способствует переходу щелочных вторичных и третичных солей ее в кислые первичные соли мочи (Шмуклер). Фосфорная кислота назначается мною или в виде а) *Sol. ac. phosphorici* 2% — 200,0 по столовой ложке 3 раза в день или же б) *Sol. ac. phosphorici* 15% — 30,0 по 25 капель 3—4 раза в день. Недостатком фосфорной кислоты является ее горький вкус, вследствие чего больные принимают ее неохотно. Гольдан показал, что моча может быть ацидирована до степени, соответствующей *Ph* 5, назначением внутрь хлористого кальция и хлористого аммония.

По моим наблюдениям, наилучшие результаты в смысле перевода щелочной реакции мочи в кислую получаем при чередовании фосфорной кислоты с соляной: один день фосфорная, а на 2-й день — соляная кислота и т. д.

Очень хорошие результаты дает назначение неосальварсана у свищевых больных при фосфатурии и наличии цистопиэлитов.

У свищевых больных важно воздействовать на фосфаты растворяющим образом медикаментами, введенными не только через рот, а непосредственно в том месте, где они расположены, — в пузыре, вокруг свищевого отверстия, во влагалище и в вульве. Для этой цели я с успехом применяю на протяжении ряда лет инстиляции в мочевой пузырь и во влагалище 5%-ного раствора лимоннокислого лития.

Анестезия. В отличие от проф. Отта и Кипарского я, равно как и проф. Мандельштам, применяю, как правило, спинномозговую анестезию, за исключением тех больных, у которых свищи возникают после пангистеректомии, ибо в связи с выпадением функций (олигогормональная фаза) эти больные плохо переносят спинномозговую анестезию.

Используется мною предложенный специальный набор мелких зеркал—лопаточек для обнажения операционного поля. Чрезвычайно широко я прибегаю к параректальным разрезам для создания доступа к свищу. Путем метода расщепления стенок влагалища и мочевого пузыря, а также рассечением рубцов, в особенности у нисходящей дуги лона, создается максимальная мобильность мочевого пузыря; тщательный гемостаз, с предпочтительным использованием кетгута вместо шелка и др. Нами тщательно разработана операция уретропоза (см. 2-й сб. Лен. акуш.-гин. об-ва, 1945 г.) с использованием для создания жома параректальной части леватора, а также операция пересадки мочеточника в мочевой пузырь при наличии шейки матки.

Эффект пирамидально-фасциальной пластики в случаях значительно выраженной недостаточности сфинктера пузыря нами усиливается путем фиксации перекрещенных мышечных пучков шелковыми швами к обнаженным леваторам.

В 1937 г. было нами предложено использовать предпузырную фасцию, с ушиванием ее в виде жилета, при недержании мочи у женщин, а также разработана операция зашивания пузырно-шеечно-влагалищных свищей.

Как правило, при нормальном послеоперационном течении больных после фистулографии не спринцуют, а ограничиваются туалетом наружных половых органов тут же в палате или в перевязочной.

В ряде случаев больные указывают на выделения из влагалища; последние обычно наблюдаются на 10—11-е сутки. Цвет этих выделений желтовато-белый; консистенция слизистая; достаточно проспринцевать больную раствором марганцево-кислого калия, как выделения эти исчезают. Далее, по окончании спринцевания, во влагалище обычно остается некоторое количество жидкости, и, возвращая больную из перевязочной в палату, необходимо ее об этом предупредить, в противном случае больная думает, что она подтекает. Это также относится к тем больным, у которых мы добиваемся спонтанного заживления свища путем инстиляции во влагалище 5%-ного ляписа.

Дабы не нарушать целости еще неокрепшего рубца, не следует производить бимануальное исследование больной после операции фистулоррафии вплоть до момента ее выписки из клиники. Перед выпиской же можно больную исследовать, но чрезвычайно нежно, одним пальцем, густо смоченным вазелином. Обнажать же зеркалами или же разводить пальцами половую щель в стороны (в особенности при наличии защитных параректальных разрезов) также не следует, ибо такое ничем неоправданное проявление любопытства ничего положительного, дать не может.

Послеоперационные осложнения

Следует удивляться тому, как мало уделяется внимания или почти вовсе отсутствуют какие-либо указания в новейших руководствах по гинекологии, урологии и хирургии о возможных послеоперационных осложнениях после операции фистулоррафии. Практически я считал бы целесообразным рассмотреть осложнения под углом зрения трех периодов: 1) осложнения, возникающие по ходу самой операции зашивания свищей; 2) ближайшие послеоперационные осложнения; 3) поздние осложнения.

I. Возможные осложнения во время операции: а) случайное вскрытие брюшной полости; последнее может возникнуть при зашивании свища, появившегося после пангистеректомии, когда свищ располагается в области культи, в куполе влагалища (рядом с поперечным рубцом), когда париетальная брюшина, использованная для перитонизации, воспалительно изменена; б) когда шейка матки полуциркулярно или циркулярно оторвана (во время родового акта) и место прикрепления пузырной складки (*plica vesico-uterina*) топографически неясно и при отсепаровке ее случайно вскрывается брюшная полость. При возникновении этого осложнения существует опасность попадания в брюшную полость мочи; на моем материале случайное вскрытие брюшной полости имело место в пяти случаях: в двух случаях пузырно-шеечных свищей и в трех случаях пузырно-влагалищных свищей, возникших после экстирпации матки; обработка чистым спиртом и лигирование кетгутowymi швами замеченного дефекта; послеоперационное течение гладкое.

II. Кровотечение из раны во время операции фистулоррафии явление не частое и находится в связи с наличием плотных рубцов, фиксирующих края свища к нисходящей дуге лона — при отсепаровке; при расслоении стенки мочевого пузыря и влагалища, при повреждении нисходящей ветви маточной артерии; при высепаровке леватора с целью его использования в качестве жома мочевого пузыря, при вывороте слизистой.

III. Повреждение одного или обоих мочеточников или же захватывание их в лигатуру.

IV. Невозможность защитить слизистую влагалища, за ее отсутствием или недостаточностью.

К ближайшим возможным осложнениям относятся: 1) закупорка катетера сгустками крови, слизи и солей; 2) подтекания мочи со стороны влагалища в первые же дни после операции; 3) субфебрильная или высокая температура; 4) кровотечение из места зашитой раны со стороны влагалища, 5) гематурия, 6) анурия.

Кровяные сгустки из катетера легко удаляются путем промывания его. Подтекание мочи обычно наблюдается в тех случаях, где во время операции не было достигнуто хорошей кооптации краев свища, т. е. когда не было достигнуто полной герметичности мочевого пузыря или же когда швы прорезались; в таких случаях пред-

ставляется необходимым взять больную в перевязочную, удалить прорезавшиеся швы, оставить постоянный катетер и уложить больную на соответствующий бок, после чего обычно наступает спонтанное заживление.

Субфебрильная температура наблюдается как правило и находится, очевидно, в связи с всасыванием продуктов распада.

Кровотечение из места зашитой раны обычно указывает на разошедшийся шов; последнее легко обнаруживается на зеркалах; вторичное лигирование кровоточащего сосуда или же кровоточащего участка паравезикальной клетчатки.

Гематурия в послеоперационном периоде явление не частое, во всяком случае с гематурией, угрожающей жизни больной, приходится встречаться очень редко. На всем моем материале я не помню ни одного такого случая, где после операции фистулоррафии была бы такая интенсивная гематурия, с которой невозможно было бы справиться.

В ряде же случаев, там, где, например, приходилось ретроградовать в мочевоу пузырь эктропированную до операции слизистую, там нередко выделяется интенсивно окрашенная кровью моча в первые 2—3 дня после операции; такое же явление наблюдается в тех случаях, где перед накладыванием швов производится резекция рубцовой ткани, окаймляющей просвет свищевого отверстия. В литературе (Славянский) описываются такие случаи, когда кровотечение в мочевоу пузырь достигало значительных размеров и вызывало резко выраженную анемию; крови в пузыре накопилось столько, что он сильно растягивался, его верхняя граница достигала уровня пупка. Мне лично пришлось пережить такой случай, правда на 10-е сутки после операции, причем это произошло внезапно. Больная была взята на стол для осмотра, и тут же появилось кровотечение из мочевоу пузыря и из влагалища.

Ясно, что появление такого позднего кровотечения может быть объяснено только тем, что какая-нибудь лигатура соскочила с сосуда, который тут же закровоточил; зашитая рана под влиянием растянутого кровью пузыря разрывается (неокрепший рубец), и кровь начинает выделяться и со стороны влагалища.

Кровь или кровавая моча, т. е. моча или интенсивно окрашенная моча кровью? Такой вопрос, полный тревоги, возникает у врача, стоящего у постели оперированной больной. В самом деле, когда видишь, что по постоянному или введенному катетеру поступает в мочеуприемник жидкость, макроскопически похожая на кровь, тогда встает вопрос двойного порядка: 1) состоит ли выделяемая жидкость только из крови или же 2) мы имеем дело с кровью, смешанной с мочой? Если первое наводит на тяжелые мысли о том, что больная вовсе не выделяет мочи, а кровь, т. е. возникает предположение о наличии повреждения мочеточников и необходимо принять срочные меры, то при втором варианте должны придти на помощь лабораторные методы исследования. Лаборатория должна нам ответить на вопрос о том, содержится ли в полученной жидкости моча или форменные ее элементы.

Следует еще вспомнить о тех случаях, где послеоперационный период осложняется кровотечением из влагалища — операционного поля. Последнее обычно наблюдается там, где стенки пузыря были в сращениях, где края свищевого отверстия были тесно спаяны с нисходящими дугами лона и где больные подвергались безуспешно много раз операции фистулоррафии и где во время операции не удается лигировать ткани подо все ложе. Введенный по окончании операции во влагалище тампон в ближайшие часы оказывается весь пропитанным кровью, из влагалища сквозь тампон сочится кровь. Остается только одно: взять больную на стол, удалить окровавленный тампон и равномерно туго затампонировать влагалище с таким расчетом, чтобы, сдавливая пузырно-влагалищную перегородку, приостановить кровотечение. Такой тампон вводится не меньше чем на двое суток.

Лечение. При появлении гематурии или кровотечения из влагалища после операции фистулоррафии назначается инъекция эрготина 1,0—10⁰/₁₀ или же 0,3 раствора (1:1000), адреналина внутримышечно три раза в день; мочевой пузырь прополаскивается прохладным раствором борной кислоты; вместо инъекции адреналина можно порекомендовать после прополаскивания инстилировать в мочевой пузырь 2,0 адреналина (1:1000) на 10,0 воды. Дабы инстилируемая жидкость не выливалась по введенному в мочевой пузырь постоянному катетеру, на павильон последнего надевается зажим Кохера на 15—20 минут. В вену вводится *Sol. Ca chlor.* Лед на низ живота, а поверх пузыря со льдом кладется тяжесть — мешок с дробью или песком в количестве 1—2 кг. Кроме того целесообразно при этом затампонировать влагалище. Целесообразна и тампонада прямой кишки. Тампонировать прямую кишку можно через обыкновенное ректальное зеркало или через трубку ректороманоскопа марлевым лонгетом. Преимущества ректальной тампонады перед вагинальной заключаются в том, что емкость влагалища фистулезных больных ограничена, в то время как прямая кишка и сигма могут быть затампонированы очень высоко. К указанным мероприятиям следует присоединить трансфузию крови как с целью гемостаза, так и с точки зрения восполнения кровопотери.

Следует также помнить о возможном появлении пролежней в первые же дни после операции фистулоррафии в области крестца или же крестцово-копчикового сочленения; последнее предотвращается обработкой кожи камфорным спиртом, а у особенно истощенных больных, начиная со 2—3 дня после операции, используется резиновый круг. В случае возникновения пролежня рекомендую использовать мазь Вишневского.

В порядке учета отдаленных результатов операции зашивания мочеполовых свищей у женщин могут наблюдаться следующие осложнения: 1) сужение влагалища, 2) гематометра — гематокольпос, 3) образование камней в мочевом пузыре.

Сужение влагалища, вызывающее затруднение или невозможность половой жизни, наблюдается главным образом у больных, которые

многokrатно безуспешно оперировались, причем рубцовый процесс может локализоваться у интритуса или в нижней и средней трети влагалища; наконец, в результате зашивания свища может наступить самая настоящая атрезия влагалища с последующим возникновением гематометры или гематокольпоса.

Камни в мочевом пузыре после зашитого свища явление довольно редкое; на моем материале камни появлялись в пяти случаях, причем путем цистоскопии можно было легко констатировать наличие камней на перфорировавших из зашитой раны шелковых лигатурах в мочевой пузырь. Обнаружение камней в послеоперационном периоде у свищевых больных, как правило, сопровождается циститами и дизурическими явлениями; камнеобразование является чрезвычайно неприятным осложнением для больной, так как оно омрачает ее радость, наступившую после успешно зашитого свища. Во всех пяти случаях камень был удален путем литотрипсии; последняя, как правило, производилась под общим наркозом, так как после зашитого свища неудачное производство литотрипсии может повлечь за собой нарушение целостности стенки пузыря в том месте, где шелковая лигатура ее пронизывала.

Здесь также необходимо коснуться и следующего вопроса: „беременность и роды у больных с успешно или безуспешно зашитыми свищами“. Как правило, после успешно зашитого свища, если только после этого сохранилась нормальная половая жизнь, а деструктивно анатомические изменения отсутствуют, больные беременеют, причем беременность протекает нормально. Но перед родами возникает вопрос о том, следует ли допустить течение родов *per vias naturalis* или же показано родоразрешение путем кесарского сечения. Этот вопрос может возникать и в тех случаях, где имеется отягощенный акушерский анамнез (родоразрешающие операции, мертвый плод) в связи с аномалией развития плода или же с нормальным тазом, но крупным плодом, или, наконец, при полном соответствии между плодом и тазом, исходя из одного соображения: из опасения возможности нарушения целостности стенки пузыря в том именно месте, где был зашит свищ. Некоторые акушеры склонны считать, что кесарское сечение показано только в тех случаях, когда зашитый свищ локализуется в области сфинктера пузыря, а в случаях с другой локализацией показано родоразрешение *per vias naturalis*. При втором варианте, когда свищ оперировался безуспешно, существует мнение, что такие больные не показаны для кесарского сечения, что, мол, дополнительные разрывы в области существующего свища не отразятся на последующей операции фистулоррафии; последнее не верно, ибо во всех таких случаях, находившихся под моим наблюдением, бывшие до родов свищи расценивались как операбельные, а после родов стали иноперабельными.

С 1929 г. под моим наблюдением находилось 11 беременных с зашитыми свищами и 3 беременных с незашитыми свищами, и во всех 14 случаях производилось кесарское сечение.

Практически интерес представляет собою случай, когда беремен-

ная с успешно зашитым свищом подвергалась трансцервикальному кесарскому сечению и во время отсепаровки мочевого пузыря стенка его была нарушена именно в том месте, где в свое время был зашит свищ; дефект, своевременно замеченный, был тут же зашит, и, несмотря на это, в послеоперационном периоде возник вторично пузырно-влагалищный свищ, который пришлось зашить спустя 4 месяца после родов. Таким образом остается незабываемым, что во всех случаях беременности, где в прошлом был или в настоящее время имеется свищ, показано классическое кесарское сечение.

Подготовка кадров

Клиникой проводилась также подготовка кадров. Подготовка кадров сначала проводилась в цистоскопическом кабинете, при проведении консультаций в различных клиниках института и на поликлиническом материале, а с момента организации урогинекологической клиники использовался весь стационарный материал. Занятия велись с врачами — сотрудниками института, с аспирантами и клиническими ординаторами, проходившими свой специальный стаж по женской урологии в течение 1—2—3 месяцев в урологической клинике, где знакомились с инструментально-оптическими методами обследования и с лечением мочевой системы у женщины.

На протяжении 1933—1941 гг. в клинику прикомандировывались врачи из различных городов Союза; таких врачей было 78. В ЦИАГ многократно проводились курсы по повышению квалификации акушеров-гинекологов, работающих в женских консультациях, родильных домах и гинекологических стационарах Ленинграда и области и с ними постоянно велись занятия по женской урологии. Читались лекции и велись практические занятия по женской урологии и с врачами-венерологами, прикомандированными Ленинградским кожно-венерическим институтом 2 раза в год на 1 месяц для подготовки их к ведению самостоятельных приемов по женской гоноррее в венерологических диспансерах Ленинграда и области. Наибольшую группу врачей, занимавшихся по женской урологии, составляли курсанты, прибывшие в ЦИАГ для усовершенствования и повышения квалификации по линии акушерско-гинекологической кафедры Института для усовершенствования врачей.

Научно-исследовательская работа

С самого начала зарождения урологической помощи по настоящее время ведется и научно-исследовательская работа: вышла большая серия работ по женской урологии, среди которых первое место занимает книга „Акушерско-гинекологическая урология с атласом“, изданная в 1936 г.; это первая и единственная книга по женской урологии в Союзе и была премирована Наркомздравом; в настоящее время она уже является библиографической редкостью. Всего клиникой выпущено 59 научных работ, большая часть которых заслушивалась на

заседаниях Ленинградского Акушерско-гинекологического и Урологического обществ. Целый ряд докладов заслушивался на конференциях института и на объединенных заседаниях Акушерско-гинекологического и Урологического обществ, как, например, „Перфорация гнойников из женской половой сферы в мочевой пузырь“, „Лечение дивертикулов женской уретры“, „Классификация мочеполювых свищей у женщин“, „Диагностические ошибки в акушерстве и гинекологии в связи с аномалией почек“, „Вентро-везико-вагинальная диафаноскопия как новый диагностический прием в акушерстве и гинекологии“, „Colpovesicorrhagia cum duplicationem fasciae praevesicalis“, „Пересадка мочеточников в мочевой пузырь при наличии шейки матки“, многочисленные демонстрации интересных урогинекологических больных.

На протяжении 1945—1946 гг. нами проведен ряд работ с пенициллином: 1) разработан новый, так называемый „замедленно-внутримышечный метод введения пенициллина, при котором создается пенициллиновое депо“; 2) установлена курабельная доза пенициллина для лечения женской гонорреи; 3) разработан метод учета элиминации пенициллина мочой. Уропенициллинометрия; 4) выявлялась рентгеноконтрастность пенициллина; 5) действие пенициллина на гонококи *in vivo*; 6) пенициллин как консервант биологических жидкостей человеческого организма и т. д.

Ст. научн. сопр. Ш. Я. МИКЕЛАДЗЕ

Применение массажа в гинекологии

Во второй половине прошлого столетия (1861 г.), по предложению шведского майора Тур-Брандта (Th. Brandt), в гинекологии был введен гинекологический массаж. Это предложение совпало с периодом, когда ряд ученых, во главе с Вирховым, устанавливали причины и пути распространения инфекции в области половой сферы женщины. По классическим исследованиям Вирхова, наиболее частым местом поражения пuerперальными инфекциями является рыхлая, жировая клетчатка, которая окружает и поддерживает по бокам влагалище и шейку матки и образует основание широких связок (lig. cardinal.). Учение Вирхова скоро сделалось общепризнанным и среди акушеров-гинекологов того времени благодаря этому установленному факту получило твердую почву для обоснованного применения нового метода лечения.

Тур-Брандт начал применять свой метод лечения с механических приемов вправления и подъема матки (lyfting) при выпадениях половых органов женщины; впоследствии он распространил его на лечение воспалительных тазовых экссудатов и других заболеваний женской половой сферы (опущение половых органов, ретродевиация матки, заболевание матки и придатков).

Тур-Брандт, не будучи врачом, в 1868 г. довольно обстоятельно и подробно сумел изложить свой метод лечения в книге: „Vouvelle methode Gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organen du bassin et principalement des affections uterines“.

Книга имела большой успех. После обнародования Брандтом своего метода лечения выдающиеся гинекологи Европы и Америки, заинтересовавшись применением массажа в гинекологии, стали съезжаться в Стокгольм, к автору, для ознакомления с этим новым способом лечения.

Не без интереса отнеслись к этому методу и русские врачи. Первой из русских врачей Стокгольм посетила женщина-врач А. И. Никольская, которая в 1888 г. написала статью об этом способе. Одновременно в Стокгольм к Тур-Брандту прибыл и Дмитрий Оскарович Отт, который среди русских последователей Тур-Брандта занимает первое место. В Стокгольме Д. О. Отт подробно изучает способ Тур-Брандта.

По возвращении из Стокгольма Дмитрий Оскарович Отт учреждает при Клиническом институте Елены Павловны курс гинекологического массажа для ознакомления с ним врачей, приезжающих для усовершенствования в институт со всех концов России. Сначала эти курсы велись О. В. Прокофьевой, а затем одним из учеников Д. О. Отта, проф. Н. Рачинским, перу которого принадлежит руководство по гинекологическому массажу „Массаж и гимнастика при женских болезнях“.

В 1889 г. на III Пироговском съезде в С.-Петербурге Д. О. Отт делает доклад, на основании своего двухлетнего опыта, по применению гинекологического массажа при лечении женских болезней.

Основываясь на строго проверенном материале, Д. О. Отт высказывается в пользу гинекологического массажа и призывает участников съезда к применению способа Тур-Брандта и к научно-критической оценке его.

В 1889 г. на III съезде русских врачей Д. О. Отт читает лекции по гинекологическому массажу и гимнастике при лечении женских болезней.

В клинике Д. О. Отта пишутся диссертации о применении гинекологического массажа при заболеваниях женской половой сферы (диссертация К. А. Шамраева).

В 1893 г. проф. Д. О. Отт, став директором клиники Повивального института, отводит гинекологическому массажу почетное место среди консервативных методов лечения женских болезней.

На I Всероссийском съезде акушеров и гинекологов в С.-Петербурге, в декабре месяце 1903 г., по предложению Д. О. Отта, ставится доклад о результатах применения гинекологического массажа на стационарных больных в клинике Повивального института (докладчик М. А. Докушевская).

С переходом Повивального института в новое здание, в 1904 г., по распоряжению директора института (Д. О. Отт), учреждаются курсы гинекологического массажа для врачей. Курсы ведутся М. А. Докушевской, при содействии А. П. Пекарской и А. Д. Проскуряковой.

Почин, сделанный Д. О. Оттом, дает прекрасные результаты. Среди русских врачей гинекологический массаж начинают применять представители и других гинекологических клиник, как, например: Семянников из клиники Славянского, Ремизов из клиники проф. Снегирева, Оленин, Купидонов, Губарев, Яхонтов и др.

В 1894 г. на Пироговском съезде земский врач д-р Евменьев

выступает с докладом „О возможности применения гинекологического массажа в крестьянской земской врачебной практике“.

Таким образом, олагодаря научным и практическим трудам русских врачей, работавших в различных условиях русской действительности, гинекологический массаж делается ценным приобретением в гинекологии.

Со времени Великой Октябрьской социалистической революции гинекологический массаж еще более успешно применяется в терапии женских болезней. Вряд ли на сегодняшний день можно найти в Союзе такое поликлиническое или стационарное акушерско-гинекологическое учреждение, в котором бы не применялся гинекологический массаж.

Сущность гинекологического массажа состоит в том, чтобы оказать механическое воздействие непосредственно на половой аппарат женщины, с целью способствовать в одних случаях рассасыванию воспалительного экссудата, в других — укреплению связочно-мышечного аппарата матки, в третьих — улучшению кровообращения в малом тазу и т. д. Кроме местного воздействия, в пассивно-активной гимнастике, предложенной Тур-Брандтом и в дальнейшем разработанной Оттом, мы имеем фактор воздействия на тазовое дно, брюшную стенку и на органы брюшной полости.

В свете оттовской разработки метод Брандта должен был состоять из следующих составных частей:

1. Собственно массаж при гинекологических заболеваниях.
2. Гимнастические упражнения связочно-мышечного аппарата матки.
3. Укрепление тазового дна.
4. Гимнастические упражнения общего характера, вызывающие усиленный прилив крови в отдельных частях тела (Отт).

Собственно гинекологический массаж состоит из 2 элементов: 1) двуручного вагинально-абдоминального массажа и 2) пассивной гимнастики связочно-мышечного аппарата матки.

Только в показанных случаях, для повышения эффективности лечения, гинекологический массаж сочетается с активной гимнастикой.

Школа Отта считает гинекологический массаж показанным при следующих заболеваниях женской половой сферы:

1. Неправильное положение матки — ретродевиации подвижные и неподвижные.
2. Остаточные явления в виде рубцов, тяжей после перенесенного пельвеоперитонита или перипараметрита.
3. Недоразвитие матки (*uterus infantilis*).
4. Недостаточное обратное развитие матки после родов или аборта.
5. Слабость связочного аппарата матки.
6. Некоторые гинекологи (Отт, Кипарский и др) советуют применять гинекологический массаж и при хронических воспалениях придатков матки, только с большой осторожностью.

Противопоказаниями являются:

1. Острые и подострые стадии воспалительных процессов женской половой сферы.

2. Гнойные процессы.

3. Мешеччатые образования фаллопиевых труб (сактосальпинксы).

4. Новообразования матки и придатков.

5. Беременность.

6. Менструальный период многими гинекологами считается противопоказанным, хотя Отт советовал не прерывать массажа во время менструации. Вполне понятно, что рассасывание воспалительного инфильтрата или разминание остаточных рубцов в области перипараметрия во время месячных происходит значительно быстрее. Мы, применяя массаж во время менструации, ни разу не имели неприятных последствий, наоборот, результаты лечения были более убедительны. Следует, однако, заметить, что массаж в этом периоде следует применять более осторожно.

Методика и техника гинекологического массажа, разработанная в ЦИАГ, представляется в настоящее время в следующем виде: гинекологический массаж в преобладающем большинстве случаев приходится применять на поликлинических больных. Лечение проводится ежедневно или через день (лечение в дни менструации не следует прерывать). Перед назначением гинекологического массажа у больных измеряется температура, проверяется влагалищная флора на степень чистоты, исследуется кровь на РОЭ. При повышении температуры (выше 37°), третьей степени загрязнения вагинальной флоры и при ускорении оседания эритроцитов выше 9—10 мм (по П а н ч е н к о в у) гинекологический массаж не назначается.

Продолжительность сеанса массажа—5—7 минут, в исключительных случаях это время удлиняется до 10—15 минут. Курс лечения 20—25 сеансов. Гинекологический массаж считается врачебной манипуляцией. В настоящее время, когда круг деятельности среднего медицинского персонала (медицинские сестры, акушерки и фельдшера) значительно расширился и средний медицинский персонал заменил врача при выполнении некоторых ответственных процедур, как внутривенное вливание, переливание крови, специальные хирургические манипуляции—перевязки и т. д., надо полагать, что производство гинекологического массажа вполне может быть доверено опытной акушерке.

При производстве гинекологического массажа должны быть соблюдены следующие условия:

1. Опорожнение пузыря и кишечника.

2. Чистота наружных половых органов и влагалища.

3. Удобное положение больной.

4. Удобная мебель (Брандтовская кушетка или гинекологическое кресло, может быть и обыкновенный стол).

5. Стерильность рук массирующего (лучше массаж производить в резиновых перчатках).

В первое время гинекологический массаж производился на Бранд-

товской кушетке, головной конец которой приподнимался, и больная укладывалась на ней с приподнятой верхней частью туловища; врач располагался сбоку, слева от больной, на табуретке. Впоследствии Д. О. Отт заменил Брандтовскую кушетку обыкновенным гинекологическим столом, со специальной подушкой у изголовья и двумя подножками для ног. Больная лежит на столе с несколько приподнятой головой и поставленными на подножках ногами. В таком положении мышцы брюшной стенки расслаблены. Массирующий врач стоит между бедрами больной, с небольшим наклоном корпуса вперед. Два пальца левой руки, как при обычном гинекологическом исследовании, вводятся во влагалище в задний свод, а правая, массирующая рука, располагается на нижней части живота. Многие гинекологи из школы Д. О. Отта предпочитают массировать правой рукой. Может быть такой выбор, в некоторой степени, имеет свой резон, но все же целесообразнее выбор руки оставить на усмотрение врача. Пальцы внутренней руки смазываются стерильным вазелином или глицерином. Наружная рука, для удобства захватывания через кожу подлежащих частей, ничем не смазывается. Два пальца внутренней руки, введенные во влагалище, служат опорой массируемых частей; они приподнимают и приближают последние к наружной руке. В первый момент наружной рукой производится поглаживание нижней части живота, затем разминание, после разминания при помощи двуручного гинекологического исследования устанавливается состояние половых органов (гинекологический статус): положение матки, придатков и сводов. После этого начинается специальная часть гинекологического массажа. Между внутренней и наружной руками фиксируется орган или участок, подлежащий массажу, например, остаточные пери-параметритические тяжи и рубцы в заднем своде массируются наружной рукой полукруглыми, пилообразными движениями, а внутренние пальцы остаются неподвижными. В дальнейшем применяется следующий прием массажа: растягивание, поколачивание и сотрясение (последние не всегда). При недоразвитии или субинволюции матки массируется сама матка. В первом случае с целью улучшения питания маточной мышцы и ее связочного аппарата, а во втором — для сокращения — уменьшения органа. Как в первом, так и во втором случаях под действием массажа мышца матки сокращается и расслабляется. Таким образом происходит некоторая тренировка, своеобразная гимнастика связочно-мышечного аппарата матки (Отт). После сеанса массажа больной рекомендуется отдых на 15—20 минут. Больным с ретродевиацией матки назначается коленно-локтевое положение.

Для повышения эффективности гинекологического массажа, с последним сочетается ряд других лечебных методов: водяные ванны, светолечение, гальвано-ионофорез, лечебная гимнастика и др.

Приводим данные лечения больных с заболеванием женской половой сферы гинекологическим массажем, проведенным под непосредственным наблюдением и руководством Д. О. Отта (М. А. Докучаевская), за период 1893—1903 гг. Лечение проводилось в стацио-

наре. Гинекологический массаж применялся как самостоятельный метод лечения или в сочетании с другими лечебными факторами: укрепляющей терапией и оперативным вмешательством (выскабливание матки, пластические операции на шейке матки и тазового дна).

За 10 лет пропущено 226 больных, из них с остаточными явлениями после пельвеоперитонита и перипараметрита — 195, с осложнениями, связанными с неправильными положениями матки, 80 больных, из последних:

C. Retroflex. ut. mobil.	— 17
" " " fix.	— 8
• Retroversio ut. mobil.	— 16
" " " fix.	— 5
• Latero retropositio ut.	— 30
• Antefl. ut.	— 4

Гинекологический массаж применялся исключительно в хронической стадии заболевания. Продолжительность лечения колебалась между 1 и 4 месяцами. Наименьшее количество сеансов равнялось 20, а наибольшее приближалось к 100.

Исход лечения можно представить в следующем виде: у 134 больных было достигнуто полное излечение, что составляло 59%, у 91 больной было отмечено значительное улучшение — 40%, только у 1 больной, с ретродевиацией матки давностью 10 лет, лечение не дало никаких улучшений.

Если взять данные из 35 историй болезни больных, страдающих главным образом остаточными явлениями после перипараметрита и пельвеоперитонита, мы получим следующую картину: среднее количество сеансов составляло — 23, продолжительность лечения — 1—4 мес., заболевание было связано: с родами — у 25 больных, с выкидышем — у 5, с гонореей — у 2, не выяснено — у 3. Лечилось исключительно гинекологическим массажем — 15, в сочетании с другими методами лечения — 20 больных.

Зарегистрированы были следующие результаты лечения: клиническое излечение — у 22 больных (63%), из них забеременело — 5 (14%), значительное улучшение было у 13 больных (37%).

Вышеприведенные клинические наблюдения, может быть, малочисленны, но все-таки для периода внедрения массажа в гинекологическую практику в России они весьма убедительны.

Д. О. Отт, будучи блестящим хирургом-гинекологом, до последних дней своей врачебной деятельности широко применял гинекологический массаж. Вся его школа, в составе ряда профессоров, доцентов и научных сотрудников (Р. В. Кипарский, Р. Г. Лурье, Л. И. Бубличенко, В. А. Полубинский, А. Э. Мандельштам, С. А. Ягунов, Е. И. Гуревич и др.), с успехом применяла и применяет при лечении женских болезней гинекологический массаж. За период существования в институте гинекологической поликлиники, отделения физических методов лечения, женской кон-

сультации и кабинета физической культуры не один десяток тысяч гинекологических больных лечился гинекологическим массажем.

Если взять период 1938—1941 гг. работы гинекологической поликлиники при Акушерско-гинекологическом институте, при наличии 5 врачей-гинекологов (не считая консультантов), работающих ежедневно, то на каждого врача приходилось в среднем 5—6 больных с гинекологическим массажем. В указанные годы процент больных, принимающих гинекологический массаж, колебался между 15 и 20. Эффект от лечения был всегда благоприятный. Следует отметить высокую эффективность массажа при остаточных перипараметритах и ретродевациях матки.

Ст. научн. сопр. Ш. Я. МИБЕЛАДЗЕ

Применение лечебной гимнастики в акушерстве и гинекологии

Работы по лечебной гимнастике появились в Европе в XIX столетии. Благодаря работам Линга (Ling) лечебная гимнастика заняла одно из почетных мест среди консервативных методов лечения различных заболеваний. В царской России гимнастика начала применяться сначала в Москве (1832 г.), а впоследствии в С.-Петербурге и Киеве.

Врачебной гимнастикой в России руководили, главным образом, врачи-инструктора (ученики Линга: Мориц, Пауль, Фридрих Дерон и др.).

Несмотря на то, что лечебная гимнастика применялась почти во всех государствах Европы, она все же не получила в то время широкого распространения. Буржуазная наука не в состоянии была обобщить и свести воедино тот огромный материал по лечебной гимнастике, который накопился за долгие годы, и тем более сделать ее достоянием трудящихся масс.

Попытки внедрения лечебной гимнастики в гинекологии предпринимались многими гинекологами Европы и Америки. В 60-х годах прошлого столетия во многих государствах Европы гимнастика применялась в гинекологии в виде составной части Брандтовского метода. Дмитрий Оскарович Отт, первый из русских последователей Тур-Брандта, подробно изучил не только пассивную, но и активную гимнастику. Путем пассивной и активной гимнастики Д. О. Отт предполагал способствовать „укреплению тазовых мышц, имеющих непосредственное отношение к укреплению положения всего полового аппарата“.

Кроме того, посредством специальных гимнастических упражнений Д. О. Отт стремился укрепить мышцы брюшного пресса, восстано-

вить до „нормальных границ внутрибрюшное давление и тем самым способствовать правильному физиологическому отпращиванию органов брюшной полости“. Цели и задачи лечебной гимнастики, изложенные в лекциях и докладах Д. О. Отта, в значительной степени легли в основу применения лечебной гимнастики в акушерстве и гинекологии.

По замыслу Д. О. Отта в здании клинического Повивального института, между акушерским и гинекологическим корпусами была построена терраса над внутренним садом института, с площадью 250 кв. м. Терраса предназначалась для воздушных и солнечных ванн и гимнастических упражнений для стационарных больных. К сожалению, благие намерения Д. О. Отта не получили широкого осуществления. Терраса функционировала как площадка — аэро-солярий, а гимнастика фактически мало или вовсе не проводилась.

Со времени Октябрьской социалистической революции в системе здравоохранения СССР лечебная физкультура стала применяться как одно из государственных мощных мероприятий по борьбе с профессиональными заболеваниями. Согласно постановлению Совнаркома РСФСР за подписью Владимира Ильича Ленина, в 1921 г. лечебная физическая культура стала внедряться в домах отдыха, санаториях, на курортах и впоследствии в стационарах лечебных учреждений.

В ряде городов Советского Союза открывались кабинеты лечебной физической культуры, создавались кафедры по физической культуре, готовились кадры работников — врачей и методистов по физической культуре и широко развертывалась научно-исследовательская работа.

Центральный научно-исследовательский акушерско-гинекологический институт Наркомздрава в Ленинграде не мог стоять в стороне от физкультурного движения в стране. Почва в институте для внедрения физической культуры была вполне подготовлена. В 1925 г. в научном обществе института был поставлен доклад д-ра И. А. Соболева на тему „О влиянии телесных упражнений на организм и отношение их к периоду родов женщины“.

Ученый совет института постановил организовать при институте научно-исследовательскую работу по изучению физической культуры женщины. По этому вопросу институт уведомляет ГСФК при Ленинградском Губисполкоме, что вопрос о научно-исследовательской работе по физкультуре женщины в ЦНИАГИ выдвинут в срочном порядке, и в предстоящем заседании совета 10 апреля 1926 г. состоятся выборы кандидата на замещение должности по этой работе. 10 апреля 1926 г. на заседании ученого совета ЦНИАГИ большинством голосов членов Совета на должность научного работника по женской физической культуре избирается доц. А. С. Золотухин. Об этом институт сообщает в Отдел охраны материнства и детства Наркомздрава 15 апреля 1926 г. и просит утвердить выборы.

А. С. Золотухин представляет план работы „О научной разработке вопроса о физическом воспитании женщин“ и программу заня-

тий. Однако доц. Золотухин в 1926 г. к работе не приступил; из переписки института видно, что ЦНИАГИ в 1926 г. не мог организовать работы по изучению физической культуры женщины за отсутствием специальных средств. В 1927 г. вопрос об организации женской физкультуры в институте не ставился по причине смены руководства института.

В конце 1927 г. в отделении физических методов лечения ЦНИАГИ по личной инициативе С. А. Ягунова начинается разработка вопросов женской физической культуры. В первую очередь разрабатывается как более новый и сложный вопрос о физической культуре в период беременности, а в дальнейшем изучаются вопросы применения физкультуры в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях и у больных, перенесших гинекологические операции.

В первые годы работа в указанном направлении была весьма затруднительна, так как работники по лечебной гимнастике не имели определенных исходных положений для разрешения основных вопросов, касающихся некоторых физиологических и патологических изменений в организме женщины, и целесообразности применения физических упражнений в периоде беременности.

Скудные литературные данные о применении гимнастики в периоде беременности, расхождение в мнениях о показаниях к гимнастике и полное отсутствие каких-либо объективных методов контроля побудили коллектив работников института к разработке объективных методов научно-врачебно-гинекологического контроля, изучению особенностей течения беременности в ее различных фазах и разработке методики физкультурных упражнений в периоде беременности и при заболеваниях женской половой сферы.

Коллектив работников отделения физических методов лечения института, во главе с С. А. Ягуновым, совместно с Р. Г. Лурье, разработал основную схему особенностей течения беременности по фазам, разделив весь период беременности, вопреки обычному делению беременности на две половины или на три периода (Елкин), на 5 фаз.

По схеме Ягунова — Лурье в первую фазу беременности входит беременность сроком до 16 недель, во вторую фазу — от 16 до 24 недель, в третью — от 24 до 32 недель, в четвертую — от 32 до 36 недель, и в пятую фазу беременности — от 36 до 40 недель. Деление беременности по отдельным фазам дает возможность выявить ведущее звено каждой фазы в отдельности, и, сообразуясь с ним, строить комплекс физкультурных упражнений.

Указанная методика физкультурных упражнений была проверена на достаточном количестве беременных с весьма благоприятными результатами (работы Ягунова, Микеладзе и др.).

Методика физкультурных упражнений в периоде беременности была доложена (Ягунов) на IX Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в Москве 12 марта 1935 г., и она была принята комиссией „за основу для построения методики физкультуры для беременных женщин“.

Параллельно с физкультурой в периоде беременности, в ЦИАГ физкультура применялась в послеродовом периоде, при хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы, после гинекологических операций и при опущениях половых органов (недостаточность тазового дна, опущение стенок влагалища).

По первому вопросу наблюдения проводились на родильницах в нормальном послеродовом отделении ЦИАГ рядом работников института (Ягунов, Горина, Микеладзе, Фейертаг и др.).

Применение физкультуры при хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы на стационарных и амбулаторных больных из отделения физических методов лечения, клиники неоперативной гинекологии, женской консультации и гинекологической поликлиники института изучалось коллективом работников института под руководством С. А. Ягунова (Микеладзе, Кишиневская, Старцева, Каримова, Вейц, методисты: Зайцева, Кефелли, Занина и Круглякова).

В оперативной гинекологии ЦИАГ лечебная гимнастика была введена в 1932 г.; наблюдения проводились проф. Б. А. Козинским и А. Г. Болговой (см. работу), с хорошими результатами. Все эти наблюдения выявили высокую эффективность этого метода как профилактического и лечебного средства.

Удовлетворительные результаты получены также от применения физкультуры и при лечении слабости тазового дна и опущении стенок влагалища 1 и 2 степени. Наблюдения проводились в кабинете лечебной физкультуры института в 1933—1935 гг. (Ягунов, Горина, Водянихина, Микеладзе). В дальнейшем над этим вопросом на базе института работали работники ГИФК им. Лесгафта (Горина, Васянина) под руководством проф. М. В. Елкина.

Неразрывно с разработкой методов физкультурных упражнений и внедрения физической культуры в те или другие отделения института велась большая работа по изучению и выработке объективных методов научно-врачебно-гинекологического контроля. В периоде 1928—1934 гг. коллективу работников ЦНИАГИ удалось изучить методику и технику ряда антропометрических и биометрических исследований и выработать к ним соответствующую аппаратуру: для изучения взаимоотношений мышцы брюшной стенки и тазового дна — абдоминоперинеотонометр (Ягунов, Микеладзе), для измерения внутрибрюшного давления и изучения влияния его на топографию половых органов — гистероабдоминотонометр (Микеладзе), воздушную пробу (Ягунов), для измерения угла наклона таза в различных положениях женщины — тазо-угломер (Микеладзе), для изучения искривления позвоночника — лордозосколиометр (Микеладзе), для измерения плоскостопия — стопометр (Микеладзе) и др.

В первые годы, за неимением специального помещения, физкультурные упражнения проводились в неудобном помещении — уголках (1927—1930 гг.), коридорах (1931—1933 гг.). В дальнейшем физкультурному кабинету в институте было отведено хорошее помещение

из 2—3 комнат (1934—1941 гг.). В настоящее время кабинет лечебной физической культуры занимает большой зал.

Больные, занимающиеся физической культурой, всегда обеспечивались водяными процедурами (душ, ванны) в отделении физических методов лечения и другими методами лечения (грязелечение, светолечение, гальвано-ионофорез, массаж и воздушные ванны). В институте широко применялось сочетание лечебной физкультуры с другими методами лечения. Нередко весной и летом лечебная гимнастика сочеталась с воздушной и солнечной ваннами на террасе института и с прогулками по внутреннему саду.

Специальный штат по физкультуре до 1941 г. состоял из одного методиста по физической культуре. Научная и практическая работа проводилась врачами из отделений физических методов лечения. С 1945 г. кабинет лечебной физкультуры выделился как самостоятельная единица в структуре института. Штат возрос до 3 единиц — врача-заведующего, врача-ординатора и ст. методиста по физкультуре.

За последнее время (1945—1946 гг.) сделаны попытки внедрения физкультуры (гимнастики) в родильное отделение и отделение патологической беременности. Полученные предварительные результаты являются достаточно удовлетворительными.

Подготовка кадров

В период 1931—1933 гг. в ЦИАГ проводились занятия со студентами института им. Лесгафта по дисциплине „физкультура женщины“. В институте, как на акушерско-гинекологической базе для усовершенствования врачей, систематически проводятся занятия с врачами по „физкультуре в акушерстве и гинекологии“. Периодически проводятся занятия по усовершенствованию методистов по физкультуре и патронажных сестер женской консультации. Периодически проводятся также занятия по физкультуре с врачами отделений ЦИАГ.

Выводы

1. В последние годы прошлого столетия врачебная гимнастика в клиническом Повивальном институте была введена как составная часть Брандтовского метода.

2. В период с 1904 г. до Октябрьской социалистической революции в Акушерско-гинекологическом институте врачебная гимнастика редко применялась.

3. Со времени Октябрьской социалистической революции к лечебной гимнастике был проявлен большой интерес. С 1927—1928 гг. в институте разрабатываются методы физкультурных упражнений и гимнастики в акушерстве и гинекологии. За период времени с 1929 по 1946 г. научно-исследовательская и клиническая работа по физкультуре достигает значительных успехов: в настоящее время ЦИАГ располагает кадрами научных работников по физкультуре, кабинетом физкультуры со специальным оборудованием, рядом ценных изобре-

тений и усовершенствований по методике физкультуры и гинекологическому контролю, большим опытом применения физкультуры в акушерстве и гинекологии, вылившимся в ряде научных работ.

4. В перспективе — кабинет физкультуры разрабатывает физкультурные лечебно-профилактические мероприятия для внедрения их в родильное отделение, отделение патологической беременности и женские консультации с целью применения гимнастики при некоторых видах токсикозов беременности и при слабости родовых схваток.

ФИЗИОТЕРАПИЯ

акusher-lib.ru

Проф. С. А. ЯГУНОВ
и ст. научн. сотр. Л. Н. СТАРЦЕВА

История организации и развития отделения физических методов лечения в ЦИАГ

Применение физических факторов (тепло, холод), механических воздействий — растирание больного участка тела, как и использование с лечебной целью самых разнообразных агентов природы: солнце, песок, лечебно-минеральные воды и т. п., как известно, нашли себе применение в лечебной практике значительно раньше, чем сформировалась и получила официальное признание медицина как самостоятельная область человеческих знаний, и много раньше, чем организовалась корпорация врачей как законных представителей медицины. Прошло много столетий до того, как те средства, которыми человечество пользовалось с неизменным успехом веками, оформились в конкретно сложившуюся медицинскую специальность. По существу в течение первого столетия существования наших отечественных родовспомогательных учреждений методы лечения были крайне примитивны и главным образом сводились к покою, диете, кровопусканиям и применению тепла и холода, а затем массажа. С другой стороны, использование методов физической терапии при лечении различных гинекологических заболеваний тех или иных форм патологии беременности, родов и послеродового периода имело место с самого начала существования нашего института и может быть прослежено на протяжении всего времени деятельности Повивально-клинического института, ныне Центрального института акушерства и гинекологии Министерства Здравоохранения Союза ССР.

Волнообразные кривые, графически изображающие по годам число больных, пользовавшихся методами физической терапии, заболевания, при которых она применялась, число и виды отпущенных процедур, а также данные, характеризующие количество и разнообразие научных

работ института по вопросам применения физической терапии в акушерстве и гинекологии, говорят о чередовании периодов широкого использования физической терапии и как бы полного отказа от нее в стенах института.

Наличие периодов расцвета и упадка свидетельствует, с одной стороны, об эволюции взглядов эпохи и корифеев института на значение и роль физической терапии в гинекологии и акушерстве, о кадрах, попечению которых было вверено руководство данной дисциплиной в стенах института, а с другой—зависит и от более простых причин, как то: отсутствие специального учета числа отпущенных процедур, больных, пользовавшихся физическими методами лечения, результатов лечения.

Исходя из сохранившихся архивных данных, мы можем говорить о некоторых периодах и этапах, характеризующих сущность и объем применения физических методов лечения в ЦИАГ. Естественно, что все эти этапы без особо резких границ переходят один в другой.

Документальных данных об использовании в практической деятельности института физиотерапевтических методов за первые 50 лет существования ЦИАГ (1797—1845 гг.) не сохранилось не только до наших дней, но даже до 1897 г., когда составлялся сборник, посвященный 100-летию существования института. Нам представляется мало вероятным, что в отчетах того времени были бы выделены в особую графу мероприятия этого рода, так как амбулаторный прием при институте был начат с 1836 г., а лазарет на 6 коек для гинекологических больных открыт лишь в 1844 г. Поэтому мы и не располагаем никакими сведениями, которые могли бы пролить свет на характер и объем физиотерапевтической помощи в стенах ЦИАГ в первые 50 лет его существования.

Следующий период (1845—1859 гг.) характеризуется уже достаточно широким применением в институте различных методов физической терапии как для лечения гинекологических больных, так и в случаях акушерской патологии и послеродовых заболеваний.

Сведения о применявшихся методах лечения, о показаниях к их назначению, а в некоторых случаях и об эффективности лечения, мы находим вкрапленными в различнейшие места подробного отчета Гугенберга о деятельности института за данный период.

У него мы находим указание на то, что методом физической терапии — „аппаратом теплоты“ — „исправлялись“ потуги у рожениц, что возбуждались они путем применения индуктивно-гальванического тока. Для вызывания преждевременных родов „детородные пути“ подготавливались тепловыми душами, сидячими и общими ваннами. Спазматические и чрезмерно чувствительные боли умерялись „аппаратом теплоты“, припарками и ваннами. Атонические послеродовые кровотечения останавливались „разминаниями матки“ (массажем), холодными примочками, „ледяными“ тампонами, спринцеваниями и холодными клизмами. При эклампсии применялись ледяные примочки и „методические холодные обливания“. Пельвеоперитониты лечились теплыми примочками или припарками, а в острых случаях ледяными примоч-

ками. В число лечебных средств, применявшихся при острой септицемии, входили холодные обливания, обертывания и теплые общие ванны.

„Кишечные грыжи“, после их вправления, лечились холодными спринцеваниями и фарадизацией. Опущение матки успешно лечилось фарадизацией, „полное же выпадение оставалось неизлеченным, больные выписывались и снабжались надлежащими pessariaми“. Вправление застарелого выворота матки удалось только раз с помощью постоянно усиливавшегося давления по методу Бурггрева“. Не совершенные сужения и сращения влагалища лечились методическим употреблением восковой губки.

Всего за данный период времени лечилось:

С опущением и выпадением матки	36	больных
С наклонениями матки вперед и взад	28	„
С искривлениями матки	24	„
С выворотами матки	5	„

Пузырно-влагалищные свищи прижигались „каленным железом“. Для очищения „ихорозных канкрозных язв“ также применялось прижигание каленым железом. Имеются даже указания на то, что ампутации канкрозных шеек матки в некоторых случаях проводились путем применения электрохирургии: „отнятие больной рукавной части“, в последнее время 2 раза было совершено „платиновой проволокой — гальванокаустически“ (фон-Грюнвальд).

Учитывая то, что в эпоху 50-х и 60-х годов XIX столетия при институте не было специализированного физиотерапевтического отделения, как, естественно, не было и врачей-физиотерапевтов, что процедуры отпускались непосредственно в родильных комнатах и палатах по назначению или дежурного персонала, или консультантов акушеров-гинекологов, мы должны отметить, что отчет Гугенберга свидетельствует о том, что в ту пору кадры института были достаточно знакомыми с тем арсеналом лечебных физиотерапевтических средств, которые применялись за рубежом для лечения акушерско-гинекологических больных.

За период времени с 1859 по 1872 г. мы опять не имеем никаких документальных данных о состоянии лечебной помощи в институте и, в частности, о применении физических методов лечения. Однако у нас нет никаких оснований предполагать, что в какой-то момент этого периода мог произойти резкий, коренной перелом во взглядах на применение физической терапии в акушерстве и гинекологии. Судя по косвенным данным, с 1859 г. применение физической терапии начало постепенно сводиться в основном только к гидротерапии и ограничиваться применением весьма немногих методов водолечения.

Работа акушерской клиники института за период времени 1883—1892 гг. была широко отображена в отчете Виридарского, в котором мы можем найти указание на использование некоторых методов гидротерапии при наличии акушерской патологии; так, например, при „спазматических и чрезмерно чувствительных болях“ в период

раскрытия иногда применялись теплые общие ванны. В числе методов лечения эклампсии упоминаются горячие ванны, воздушные ванны, обертывание по Присницу.

При кровотечении в родах вследствие предлежания детского места применялись водяные влагалищные спринцевания. При атонических послеродовых кровотечениях: „Массаж матки, лед на нижнюю часть живота, холодные влагалищные, а в крайних случаях и внутриматочные спринцевания“. При вызывании преждевременных родов „почти во всех случаях применялись горячие души (способ Kiwisch'a), однако тут же Виридарский указывает, что „ни в одном случае не удалось вызвать родовую деятельность одним только этим способом“.

С характером лечения гинекологических больных в период 1872—1893 гг. мы знакомимся из „Обзора деятельности гинекологического отделения“, составленного Канегиссером и опубликованного в юбилейном очерке „Сто лет деятельности императорского клинического повивального института“, на основании которого мы можем сказать, что консервативная терапия являлась весьма ограниченной в острых, подострых случаях и при обострениях. Многие возлагалось на целебное действие времени, а многое представлялось собственным силам организма, поставленного в период пребывания в стационаре института в более или менее благоприятные условия. „Из неоперативных методов лечения применялась главным образом гидротерапия в виде ванн и влагалищных душей. Главную роль, однако, играло спокойное положение и укрепляющая диета. Ввиду того, что, как мы видели выше, громадное большинство больных принадлежало к имевшим воспалительные заболевания, такого рода лечение, продолжавшееся в течение нескольких недель, если и не излечивало больных, то устраняло, по крайней мере временно, наиболее тягостные симптомы, а именно кровотечения и боли. В отдельных случаях острого воспаления происходило даже полное излечение“.

В общем результаты лечения были следующие:

Выздоровление	357	— 49,6%
Получило облегчение	238	— 33,1%
Без перемен	118	— 16,4%
Летальный исход	5	— 0,6%

718

При лечении хронических воспалительных заболеваний с 1888 г. в институте начал применяться гинекологический массаж. После того как Д. О. Отт съездил в Швецию к Тур-Брандту и там у него лично ознакомился с методикой и техникой гинекологического массажа, с показаниями к его применению, с его эффективностью при лечении гинекологических заболеваний, он, вернувшись в Россию, ввел в императорском клиническом повивальном институте применение гинекологического массажа при лечении хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщины и поручил про-

ведение занятий по массажу со слушателями института своей ассистентке Прокофьевой.

В 1888 г. на III съезде общества русских врачей в память Пирогова секцией акушерства и женских болезней гинекологическому массажу было посвящено специальное заседание, на котором в числе докладчиков и сторонников данного метода лечения выступал Д. О. Отт, опубликовавший несколько позднее свои взгляды и опыт по применению гинекологического массажа в статье „Массаж и гимнастика как лечебный способ при болезнях женской половой сферы“, напечатанной в журнале „Врач“ за 1889 г. в № 10.

В период времени с 1893 г. по 1904 г., со вступлением на должность директора института Д. О. Отта, существенных, принципиальных изменений в использовании методов физической терапии для лечения гинекологических больных по сравнению с периодом 1883—1893 гг. мы отметить не могли. Из историко-медицинского очерка „Сто лет деятельности императорского клинического повивального института“ мы узнаем, что „одним из наиболее существенных методов при лечении хронических воспалительных заболеваний половой сферы в институте была гидротерапия. Она применялась как для местного действия, в виде горячих душей различной температуры, сидячих ванн, обертываний, согревающих компрессов, так и по линии общего воздействия, для усиления обмена веществ, в виде горячих соленых ванн; для успокоения нервной системы назначались индифферентные ароматические ванны. Не менее часто, чем гидротерапия и нередко в комбинации с ней, применялся в повивальном институте гинекологический массаж“.

Ряд выработанных и введенных в то время положений, касающихся показаний к назначению или методики и техники спринцеваний, гинекологического массажа, остаются в силе и до настоящего времени, оправдав себя в течение ряда десятилетий в руках нескольких поколений врачей, вышедших из стен нашего института.

При строительстве и оборудовании нового здания института перед Оттом стояла задача выполнить это так, чтобы институт мог фигурировать „в качестве образцово устроенной клиники, удовлетворяющей самым строгим и исключительным требованиям медицинской науки и техники“ (Отт).

Вполне естественно, что в связи с этим не была забыта организация и физиотерапевтического отделения, для которого было выделено соответствующее помещение и приобретено специальное оборудование, безусловно полностью отвечающее требованиям своего времени.

Однако Д. О. Отт, будучи одним из крупнейших медиков-организаторов, лучшим представителем гинекологов-хирургов и передовым ученым своего времени, создал безусловно первоклассное по тому времени физиотерапевтическое отделение в институте.

В то время как в 1905 г. институт в целом уже полностью развернул свою работу в новом здании, отделение физических методов лечения еще не открывалось. „В прекрасно оборудованное отделение

физических методов лечения с кабинетом для рентгеноскопии, радиографии, электризации, общего массажа и образцовой водолечебницы, к сожалению, до сих пор, за недостатком персонала, не может быть выделено лицо для специального заведывания" (из отчета работы института за 1905 г.).

В 1906 г. заведывание отделением физических методов лечения возлагается на д-ра Виктора Викторовича Гомолицкого. Однако этим и ограничивается штат отделения. Из отчета Гомолицкого о работе отделения физических методов лечения за 1906 г. мы знаем с объемом, характером и условиями работы в отделении: „Ввиду того, что акушерка отделения М. З. Амантова, не получая никакого содержания, ежедневно работает в отделении, отпуская иногда в день до 40 процедур и в работе проявляет большую расторопность, умение обходиться с больными и много такта, считал бы очень желательным поощрить ее труд выдачей ей на праздники наградных в размере хотя бы 100 рублей“, „считаю своим долгом отметить предупредительность техника А. А. Гаака, никогда не оказывавшего помощь в случаях затруднений технического характера (порча машин, аппаратов, ремонт частей и т. д.) и никогда не отказывавшего в совете по его специальности“. „Больные, посещавшие это отделение, были как стационарные, так и амбулаторные. Кроме пользования аппаратами в указанных кабинетах, многим больным делались подкожные впрыскивания мышьяка, ручная активно-пассивная гимнастика (по системе Линга)“.

К цитированной докладной записке д-ра Гомолицкого прилагается клинический отчет, из которого можно составить полное представление о том малом значении, которое придавалось физиотерапии, и о той ничтожной роли, которую она играла в институте. Общее число больных, лечившихся в отделении физических методов лечения за 1906 г., 124, из них стационарных — 14 и амбулаторных — 110, из которых 36% составляли акушерки, ученицы и служащие института и студентки-медички. Из общего числа больных, лечившихся в отделении физических методов лечения, только 33,3% составляли гинекологические больные, остальные лечились по поводу негинекологических заболеваний (малокровие, истерия, неврастения, атонические запоры, невралгия, ревматизм, ожирение, базедовизм, подагра и пр.).

Недостаточное знакомство врачей-гинекологов с методами физической терапии и с ее значением в лечении акушерско-гинекологических заболеваний вело к тому, что гинекологические больные почти не назначались на физиотерапевтическое лечение по поводу своих основных заболеваний. Одновременно с этим, если у больной имелись сопутствующие негинекологические заболевания, по поводу которых она предъявляла свои жалобы, или общая ослабленность, всегда нежелательные для врачей специалистов, обременяющие их работу, ухудшающие эффективность лечения, то такие контингенты больных очень охотно передавались кому-нибудь на дополнительное лечение, будь то врачи-консультанты или врач-физиотерапевт.

Данные отчетов д-ра Гомолицкого за ряд последующих лет (с 1907 по 1912 г.) очень мало отличаются от данных за 1906 г.

Число больных, лечившихся в отделении физических методов лечения клинического Понивальского института

Таблица 1

	1906 г.	1907 г.	1908— 1909 гг.	1909— 1910 гг.	1910— 1911 гг.	1911— 1912 гг.	
Общее число больных . . .	124	202	406	399	409	376	
Из них гинекологических больных	В абсолютных цифрах	41	—	81	69	63	56
	В процентах	34,2	—	20	17	15,4	15

Правда, абсолютное число лечившихся больных возрастает до 400 за год, но в процентном отношении число гинекологических больных прогрессивно падает и доходит в 1911—1912 гг. до 15⁰/₁₀₀. Если мы проанализируем контингенты лечившихся гинекологических больных, то увидим, что $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ часть их составляют реконвалесценты после гинекологических операций, получавшие в отделении физических методов лечения общие ванны или подкожные инъекции как общеукрепляющее лечение.

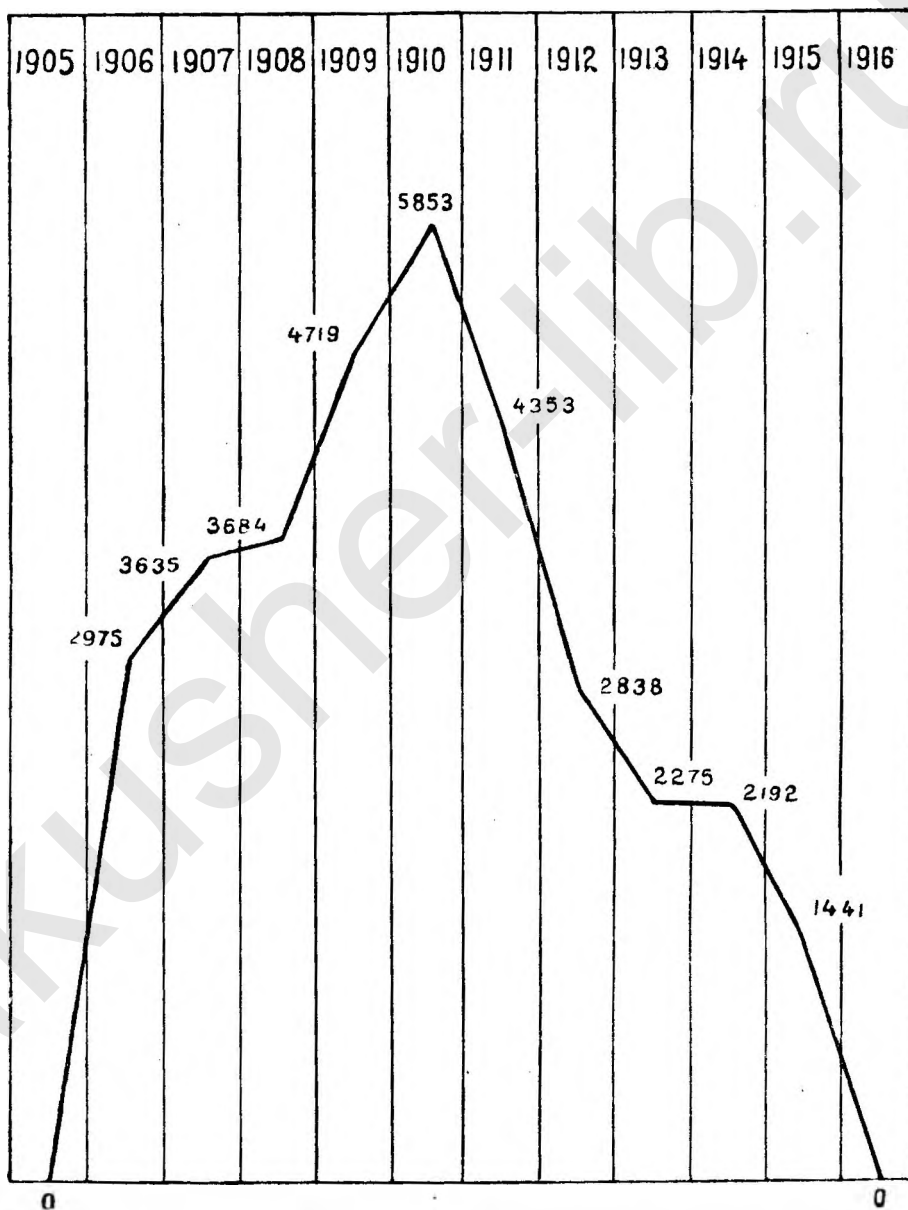
Разделение гинекологических больных по характеру заболевания

Таблица 2

Характер патологического процесса	1908— 1909 гг.	1909— 1910 гг.	1910— 1911 гг.	1911— 1912 гг.
Параметриты	22	16	12	8
Сальпингофориты	9	6	15	10
Послеоперационные инфильтраты	12	12	14	9
Послеоперационные реконвалесценты	24	26	16	22
Метриты	8	5	3	6
Ослабление мочевого пузыря . .	3	4	3	1
Пролапсы и изъязвления	3	—	—	—
Итого	81	69	63	56

Из видов применявшегося лечения первое место занимала гидротерапия, следующее, не относящиеся к физиотерапии,—инъекции, затем последовательно идут светолечение, массаж, электролечение и, наконец, грязелечение.

Число физиотерапевтических процедур, отлущенных в отд. физ. мет. леч. с 1905 г. по 1916 г. по годам (без радиотерапии)



Вполне понятно, что подобная ситуация не могла вызвать особого интереса и энтузиазма к работе у врача-физиотерапевта. Научные проблемы не разрабатывались, научные работы не писались, документация была настолько плохой, что материал и в дальнейшем не мог быть использован в этих целях. В историях болезни заполнялась только общерегистрационная паспортная часть и писалось назначение лечения, иногда ставился диагноз, никакого анамнеза и status'a не записывалось. Отпуск процедур в истории болезни не отмечался, принимала ли больная назначенное лечение, или дело ограничивалось только его назначением, оставалось неизвестным, достигнутые результаты нигде не фиксировались.

Книги записей не велись, учет ежедневной работы отделения сохранялся только до составления ближайшего отчета. Годовая отчетность далеко не за все годы была настолько полной, чтобы дать хотя некоторое понятие о работе отделения; с 1912 по 1914 г. она состояла из одной цифры — число отпущенных процедур. Так было в период заведывания отделением д-ром Гомолицким, так оставалось и после него до тридцатых годов XX столетия, когда как на Западе, так и у нас в России физиотерапия выросла в самостоятельную достаточно мощную дисциплину, и в нашем институте уже врачи гинекологиче-физиотерапевты взяли на себя привитие навыков и вкуса к физиотерапии среди врачей-клиницистов различных специальностей.

Число лечившихся больных и отпущенных процедур за период 1912—1921 гг.

Т а б л и ц а 3

Годы	Число лечившихся больных		Число отпущенных процедур	
	всего	из них радиотерапией	всего	из них радиотерапевтических
1912	Неизвестно	—	2838	—
1913	" "	—	2275	—
1914	" "	25	2192	200
1915	" "	92	1441	720
1916	71	71	672	672
1917	88	88	792	792
1918	88	88	740	740
1919	99	99	545	545
1920	19	19	126	126
1921	105	105	844	844

С 1914 г. в институте широко вводится радиотерапия, которая развертывается на базе отделения физических методов лечения и широко развивается в той отрасли, в которой нож хирурга оказался бессильным, а время не являлось целителем, т. е. в лечении злокачественных новообразований женской половой сферы.

С сентября 1915 г., когда часть института занимается под лазарет Красного Креста для раненых, физические методы лечения до 1921 г. включительно ограничиваются одной радиотерапией. Отделение физических методов лечения перестает существовать как таковое и превращается фактически в стационар для радиотерапии злокачественных новообразований и некоторых других видов заболеваний женской половой сферы.

В этот период времени отделение физических методов лечения находилось в ведении приват-доцента Федора Николаевича Ильина и его ближайшего помощника, а затем и преемника Владимира Александровича Полубинского.

С 1914 по 1921 г. из отделения физических методов лечения выходит 24 научных работы по вопросам, связанным с радиотерапией. Большая часть из этих работ принадлежит перу В. А. Полубинского.

Как Ф. Н. Ильин, так и В. А. Полубинский прекрасно сознавали, что физическая терапия не может быть сведена к одной радиотерапии, что надлежащая постановка консервативного лечения гинекологических больных неразрывно связана с организацией мощного физиотерапевтического отделения, оборудованного всей необходимой физиотерапевтической аппаратурой, отвечающей последним требованиям науки и техники, и укомплектованного соответствующими штатами.

В архивных делах мы находим докладную записку Ф. Н. Ильина относительно организации „кафедры общей терапии и диагностики и физических методов лечения в гинекологии“, в которой он касается вопросов „необходимости и своевременности данной кафедры“, „необходимости иметь эту кафедру именно для института“, в котором имеются „весьма благоприятные условия для открытия этой кафедры“, имеющей „собственную клинику и поликлинику“. В своей докладной записке Ф. Н. Ильин указывает, что „все физические методы лечения должны быть соединены вместе с общей терапией, так как они составляют только часть ее и так тесно связаны, что их нельзя разделить друг от друга. В России как раз эта часть гинекологии стоит далеко не на высоте. Институт, как образцовое учреждение, должен служить примером и распространителем этого знания среди гинекологов. Изучение общей терапии и диагностики и физических методов лечения должно проводиться на базе поликлиники и отделений с постоянными кроватями; амбулатории для данной цели мало“. „Работа такой кафедры преследует цели исследовательские, пропедевтические и лечебные“, причем преподавание должно быть различным „для лиц, посвятивших себя изучению данной специальности, и для лиц, желающих познакомиться с данной дисциплиной“.

линой. Организация подобной кафедры при институте облегчается тем обстоятельством, что в нем уже имеются прекрасно оборудованная водолечебница, грязелечебница, электро-светолечебная аппаратура, рентгенографический и рентгеногеральпевтический кабинет и приобретен запас „самого большого количества радия в России“. „Обучение цистоскопии, рентгено- и радиотерапии ввиду сложности методов выделяется в особый подотдел и кроме общего изучения имеет еще особый специальный курс“.

Идеи Ф. Н. Ильина начали осуществляться уже после его ухода из института в период заведывания отделением физических методов лечения В. А. Полубинским, а затем С. А. Ягуновым.

В период времени с 1922 по 1930 г. происходит воссоздание при институте специализированного отделения физических методов лечения.

В 1922 г. впервые после долгого перерыва в пустующем законсервированном отделении физических методов лечения открывается один из кабинетов, и в нем робко начинают применяться некоторые физиотерапевтические процедуры, а именно местная световая ванна, диатермия и ручной массаж. Этими видами лечения в 1922 г. пользовались всего 10 больных, получивших в общей сложности за весь год 200 процедур. Остальные 117 больных подвергались радиотерапии и получили 760 сеансов радиолечения. В дальнейшем в течение 8 последующих лет, 1923—1930 гг., почти ежегодно в отделении физических методов лечения института вводится и осваивается один или несколько новых методов физической терапии.

Местная световая ванна, диатермия в кожной аппликации	1922 г.
Общая световая ванна, рефлектор, электро-ионо-терапия	1923 г.
Диатермия влагалитная, статический душ, гидротерапия: ванны общие, тазовые, души	1925 г.
Ионофорез влагалитный	1926 г.
Грязелечение	1927 г.
Ртутно-кварцевая лампа, ультра-зонне	1928 г.
Прожектор, фарадизация, электрокоагуляция	1929 г.
Соллюкс, каустика, д'арсонвализация, массаж ручной, массаж вибрационный, рентгенотерапия	1930 г.

Дальнейший рост и развитие отделения физических методов лечения в период с 1922 по 1930 г. характеризуется следующими основными моментами, находящимися не только в тесной и неразрывной связи между собой, но и во взаимном влиянии друг на друга.

1. С 1923 г. отделение физических методов лечения начинает обслуживать не только стационарных, но и амбулаторных больных.

2. С 1926 г. для амбулаторных больных вводятся специализированные консультативные приемы врачей гинекологов-физиотерапевтов: „для осмотра амбулаторных больных, лечущихся физическими методами лечения, была открыта особая консультация, функционировавшая 2 раза в неделю, с приемом по 16 человек, причем на консультации было зарегистрировано 1079 посещений, что составляет около

3½ посещения консультации на каждую больную в среднем* (из отчета о работе отделения физических методов лечения Государственного акушерско-гинекологического института за 1926 г.).

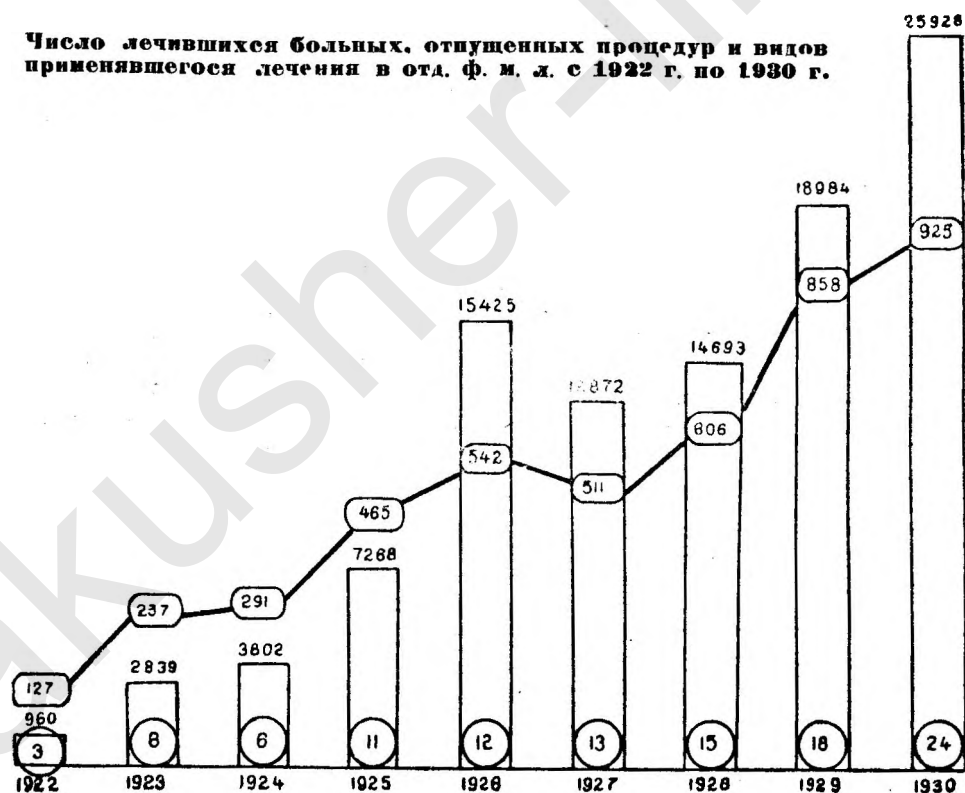
3. В 1927 г. в целях уточнения диагностики, выявления эффективности лечения и изучения реакции организма на проводимое физиотерапевтическое лечение при отделении физических методов лечения организуется клиническая лаборатория, являющаяся прототипом современных биохимической, биофизической и патофизиологической лабораторий.

4. С 1922 по 1930 г. в отделении физических методов лечения института почти ежегодно вводятся и осваиваются один или несколько новых методов физической терапии.

Наиболее знаменательными датами являются:

- 1922 г. — начало применения диатермии;
- 1923 г. — введение электро-ионотерапии;
- 1925 г. — организация гидротерапии;
- 1927 г. — организация грязелечения;
- 1928 г. — начало применения терапии ультрафиолетовыми лучами;
- 1930 г. — организация рентгенотерапии.

Число лечившихся больных, отпущенных процедур и видов применявшегося лечения в отд. ф. м. л. с 1922 г. по 1930 г.



С организацией гидротерапии, грязелечения, рентгенотерапии и широким применением различных видов светолечения связано воссоздание отделения физических методов лечения как целого отделения из физиотерапевтического кабинета, в роли которого оно выступает в период 1922 — 1924 гг.

5. С 1922 по 1930 г. наблюдается неуклонный прогрессивный рост числа больных, лечившихся в отделении физических методов лечения, и числа отпущенных им процедур (см. диаграмму, стр. 432).

С 27 апреля 1928 г. вводится плата за лечение в отделении физических методов лечения для амбулаторных больных за все виды процедур, а для стационарных только за грязелечение. „Однако это нововведение не отразилось на количестве обращающихся больных и не вызвало заметных перебоев в работе отделения, что следует объяснить относительной доступностью взимаемой платы (расчет сделан на себестоимость) и постепенностью введения принципа платности. За отчетный год платность за физиотерапевтические процедуры дала институту 3958 рублей валового дохода“ (из отчета В. А. Полуbinsкого о работе отделения физических методов лечения Государственного акушерско-гинекологического института за 1928 г.).

В 1928 — 1929 гг. число лечившихся больных и отпущенных процедур составляют:

	1928 г.	1929 г.
Число лечившихся больных	606	858
Число отпущенных процедур	14 693	18 984

В последующие годы продолжает прогрессивно нарастать как то, так и другое.

6. Расширение физиотерапевтического отделения, введение разнообразных методов физиотерапевтического лечения, рост числа лечившихся больных и отпускаемых им физиотерапевтических процедур, организация лаборатории, повлекли за собой то, что уже с 1927 г. отделение физических методов лечения фактически распадается на 3 самостоятельных сектора; стационар, аппаратурное отделение и клиническая лаборатория.

7. Расширение отделения физических методов лечения и увеличение объема работы неизбежно потребовали и повлекли за собой увеличение и штатов отделения.

В 1925 г. в штат впервые был введен „специальный сотрудник по аппаратурному отделению“.

В 1927 г. штат отделения физических методов лечения, включавшего в себя стационар на 25 коек, „аппаратурное отделение“ и лабораторию, состоял из: „5 акушерок и 9 сиделок и ванщиц. К со-

жалению, в штатах врачебного персонала расширения не было и все работающие в отделении врачи, числом 10 человек, остались на положении бесплатных экстернов, хотя среди них имеются вполне подготовленные для занятий штатной должности ординатора, которые фактически выполняли работу ассистента — д-р С. А. Ягунов" (из отчета о работе отделения физических методов лечения Государственного акушерско-гинекологического института за 1927 г).

В 1928 г. „отделение было лишено специально оборудованного помещения для стационара, с переводом стационарных больных в гинекологические отделения института“, при этом число коек и число врачей, обслуживавших эти койки, сокращено не было и продолжало числиться за отделением физических методов лечения. В связи с отделением стационара от „аппаратурного отделения“ последнее начинает еще более четко выкристаллизовываться в самостоятельное физиотерапевтическое отделение, расположенное в специальном помещении, оснащенное соответствующим оборудованием, располагающее собственным штатом, имеющим собственные задачи и планы как в части производственной, так и в части педагогической и научно-исследовательской работы.

Штат „аппаратурного отделения“ физических методов лечения в 1928 г. состоит из: 1 исполняющего обязанности ассистента, 3 ординаторов, 1 акушерки-физиотехника, 3 ваншиц.

Штат врачей стационара физиотерапевтического отделения состоял из 1 исполняющего обязанности ассистента и 4 ординаторов.

Кроме этого штата был заведующий отделением, ведавший и стационарным и аппаратурным отделениями.

В сверхштатные ассистенты были избраны ординаторы отделения С. А. Ягунов и М. П. Котова, причем д-р Ягунов в декабре был переведен по выбору на место аспиранта, а должность сверхштатного ассистента объявлена вакантной. Упомянутые два сотрудника отделения явились ближайшими помощниками заведующего и приняли живейшее участие в разворачивании всех сторон деятельности отделения (из отчета о работе отделения физических методов лечения Государственного акушерско-гинекологического института за 1928 г.).

В 1929 г. штат аппаратурного отделения состоит из заведующего отделением, ассистента, 3 акушерок-физиотехников и 3 ваншиц.

8. Наличие во главе отделения физических методов лечения солидных научных работников в лице В. А. Полубинского, а затем его ближайшего помощника и заместителя С. А. Ягунова и обеспечение отделения достаточным штатом врачей ординаторов, аспирантов и экстернов создало возможность организации и выполнения в отделении большого числа научных работ. За период с 1922 по 1930 г. — 112 работ, т. е. около 25% от общего числа работ, написанных научными сотрудниками Государственного акушерско-гинекологического института, падает на долю сотрудников отделения физических методов лечения, причем почти все они касаются вопросов применения методов физической терапии в акушерстве и гинекологии.

Тематика научных работ за период 1922—1930 гг.

	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	Всего
Радиотерапия . . .	—	3	2	10	5	3	7	5	—	35
Рентгенотерапия .	—	1	—	1	—	5	1	5	2	15
Лечение лампами накаливания . . .	—	—	—	1	1	1	1	2	1	7
Лечение ультра- фиолетовыми лучами	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
Электро-ионоте- рапия	—	—	—	1	2	4	—	4	2	13
Диатермия	—	—	—	2	1	3	1	2	1	10
Грязелечение . . .	—	—	—	—	—	1	2	4	2	9
Лабораторно-кли- ническая диаг- ностика	—	—	—	1	1	3	1	3	3	12
Обобщающие ра- боты по физио- терапевтическо- му лечению во- спалительных заболеваний . . .	—	—	—	—	—	—	1	2	1	4
Работы, не свя- занные с вопро- сами физиче- ской терапии . . .	—	—	—	1	—	1	—	1	2	5

Разделение больных по характеру заболевания, 1922—1930 гг.

Характер процесса	Годы										Общее число	Процент
	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930			
Новообразования	злокачественные	107	119	104	89	74	71	67	65	23	719	15,7
	доброкачественные	1	5	6	12	15	4	14	21	21	99	2,0
Воспалительные заболевания	11	102	144	277	336	366	451	618	690	2995	65,4	
436 Климактерические кровотечения	7	9	18	26	33	26	30	38	17	204	4,4	
Бесплодие	—	1	—	3	6	—	—	59	40	109	2,4	
Прочие гинекологические заболевания . .	1	17	14	37	44	27	30	36	76	282	6,2	
Заболевания, осложнившие беременность.	—	—	1	6	9	6	7	7	24	60	1,3	
Негинекологические заболевания	—	4	4	15	25	11	7	14	34	114	2,5	
Всего	127	257	291	465	542	511	606	858	925	4582	100	

9. Необходимость выявления эффективности лечения при применении новых методов физической терапии для лечения различных заболеваний половой сферы, выработки методики и техники лечения, установления показаний и противопоказаний к назначению физиотерапевтического лечения гинекологическим больным выдвинули соответствующую тематику отделения. 112 научных работ, вышедших из отделения физических методов лечения за период с 1922 по 1930 г., следующим образом распределяются по годам и по тематике (см. табл. на стр. 435).

На основании анализа заболеваний, по поводу которых больные лечились в отделении физических методов лечения в период 1922 — 1930 гг., мы должны отметить, что физиотерапия перестает быть в Государственном акушерско-гинекологическом институте терапией сопутствующих, негинекологических заболеваний, как это имело место в период 1906—1914 гг. Негинекологические заболевания составляют только 2,5% от общего числа. Однако контингент лечившихся гинекологических больных отличается большим однообразием: 17,7% составляют больные с новообразованиями и 65,4% — больные с воспалительными процессами. Почти совершенно отсутствуют больные с патологией беременности и послеродового периода и больные из клиники оперативной гинекологии, даже из числа имевших осложнения в послеоперационном периоде. Это свидетельствует о несколько оппозиционном, недоверчивом отношении к методам физической терапии и к ее роли и значению как вспомогательной дисциплины в работе каждой клиники.

Вопрос о том, что отделение физических методов лечения должно являться, наравне с другими клиниками института, базой для подготовки кадров, поднимал еще Ф. Н. Ильин, который в своей докладной записке пишет: „Работа кафедры разделяется на отдельные группы и по заданиям своим преследует цели исследовательские и преподавательские, причем обучение идет специальное и общего характера, первое для лиц, посвятивших себя изучению специальности, и второе для лиц, желающих познакомиться с данной дисциплиной“. При этом прилагается проект краткой программы занятий.

Общая терапия

Задачи гинекологической терапии.

История методов.

Особенности гинекологической терапии.

Терапия хирургическая (общее понятие).

Терапия фармацевтическая (серо- и вакцинотерапия, органотерапия, внутриматочная терапия).

Терапия физическими агентами.

Термотерапия:

аэротермотерапия,

гидротермотерапия,

статермотерапия,

термопенетрофия (лечение термофлюксами).

Механотерапия:

массаж (ручной и вибрационный),
гимнастика (активная и пассивная),
спорт,
лессаротерапия (кольца, тампоны, перевязки).

Электризация.

Лечение светом.

Рентгенотерапия.

Радиолечение.

Цистотерапия (лечение с помощью цистоскопа).

Бальнеотерапия и климатическое лечение.

Д и а г н о с т и к а

Общие приемы диагностики в гинекологии:

Опрос.

Осмотр.

Исследование.

Более сложное инструментальное обследование (катетеризация, зондирование, осмотр зеркалами, расширение шейки, цистоскопия и т. д.).

Микроскопическое исследование (крови, мочи, частиц ткани).

Биологические реакции.

Бактериологические исследования.

Исследования опухолей на элективное действие лучей Рентгена и радия.

Рентгенодиагностика (таз, плод, органы).

С современной точки зрения, когда преподавание каждого специализированного предмета ведется в ЦИАГ в соответствующей клинике или лаборатории, подобная программа кажется довольно странной. Однако дошедший до нас проект Ильина программы занятий с врачами указывает на то, что необходимость проведения подобных занятий сознавалась руководством отделения физических методов, и путь к этому начал пробиваться именно из отделения физических методов лечения.

С характером педагогической работы, которая проводилась в отделении физических методов лечения в период с 1914 по 1930 г., мы знакомимся по статье проф. Полубинского „Обзор деятельности отделения физических методов лечения ГАГИ“, помещенный в Юбилейном сборнике института, 1929 г.

„С 1914 г. в числе преподаваемых дисциплин был введен курс гинекологического массажа“.

„С 1915 г. читается курс радиорентгенотерапии в гинекологии“.

„С 1924 г. преподавание было развернуто по всем отделам гинекологической физиотерапии“.

„Преподавание осуществлялось путем проведения обязательного курса по физическим методам лечения (водо-свето-электро-радио-рентгенотерапии) и клинического двухнедельного физиотерапевтического практикума по строго разработанному плану и программе.

Для приезжающих врачей организован специальный ординаторский стаж продолжительностью 2—3 месяца, на протяжении которого врачи получают возможность специализироваться в области применения физических методов лечения в гинекологии“.

Курсовые занятия по физиотерапии проводились с врачами, командированными в институт Наркомздравом для усовершенствования. Занятия с врачами шли по следующему плану: на протяжении 4 месяцев читался теоретический курс — физиотерапия в гинекологии, по 2 часа в неделю (т. е. 32 двухчасовых занятия). Параллельно проводились групповые занятия по 2 недели каждой группой численностью по 20—25 человек по следующей схеме:

1. Клиника физических методов лечения (разбор стационарных больных и обходы) 8 часов
2. Поликлиника физических методов лечения (разбор амбулаторных больных и консультация) 8 часов
3. Демонстрация аппаратного оборудования и техники физиотерапии 4 часа
(из отчета работы отделения физических методов лечения за 1927 г.).

Кроме этого в педагогическую работу отделения физических методов лечения с 1924 г. входят инструктаж и обучение врачей экстернов и интернов, прикомандированных к отделению и работавших в нем на протяжении полугода в качестве ординаторов.

С октября 1928 г. продолжительность прикомандирования врачей к отделению физических методов лечения была сокращена с 6 до 3 месяцев. В отчете В. А. Полубинского за 1928 г. мы имеем следующие строчки, касающиеся этого факта: „Сокращение времени стажировки, посвященной изучению физических методов лечения в гинекологии, затруднило задачу отделения дать достаточную подготовку молодым врачам в этой области и заставило особенно четко проработать план работы в отделении молодых врачей, которые в общих чертах имеют такую формулу: в две недели пропедевтический физиотерапевтический практикум; один месяц ординатуры в аппаратном отделении, где ординаторы последовательно, по 1 неделе, занимаются в лаборатории, в светолечебнице, в электrolечебнице и по технике диатермии, две недели в грязелечебнице, один месяц в стационаре с обращением особого внимания на радиолечение. В каждом этапе своей работы они помимо консультации заведующего получают углубленный инструктаж со стороны ассистента, ведающего соответствующей частью отделения“.

С 1928 г. к этому присоединяется проведение краткосрочных курсов с врачами-физиотерапевтами по ознакомлению их с применением физиотерапии в акушерстве и гинекологии и проведение занятий с врачами, присылаемыми в институт с периферии для ознакомления и специализации в каком-либо узком разделе акушерской гинекологии, в частности, физиотерапии, или в неоперативных методах лечения в комбинации с физиотерапией; срок пребывания данных врачей в отделении колебался обычно от 1 до 3 месяцев.

1931 г. как по некоторым формальным обстоятельствам, так и в силу ряда более глубоких причин явился годом, открывающим собой новую эру в жизни отделения физических методов лечения.

Некоторые события, сыграв свою кратковременную роль, оставили о себе след только в архивных материалах, другие, эволюционно развиваясь, дошли до наших дней, имея в конечном результате большое влияние на создание из отделения физических методов лечения Центрального института акушерства и гинекологии мощного специализированного отделения всесоюзного значения, являющегося родоначальником того физиологического направления, которое характеризует собою жизнедеятельность ЦИАГ сегодняшнего дня.

В 1931 г. отделение физических методов лечения в целом начинает именоваться клиникой консервативной гинекологии, лишь номинально возглавляемой одним лицом проф. В. А. Полубинским, фактически же она распадается на два совершенно самостоятельных отделения — клинику неоперативной гинекологии, возглавляемую проф. В. А. Полубинским, и отделение физических методов лечения (бывшее аппаратурное отделение), возглавляемое С. А. Ягуновым.

С 1933 г. клиника консервативной гинекологии начинает называться клиникой неоперативной гинекологии с полным отделением от нее физических методов лечения.

С 1 октября 1931 г. отделение физических методов лечения переводится на хозрасчет. Последнее событие, являясь, с одной стороны, несколько уродливым, с другой — явилось безусловным стимулом к заинтересованности в расширении и улучшении качества работы как со стороны всех сотрудников отделения, так и со стороны администрации института. Последняя, будучи заинтересованной в выполнении „Медицинского финансового плана“ института в целом, значительная часть которого ложилась на отделение физических методов лечения, обязана была принимать меры и содействовать обеспечению отделения больными, кадрами и техническим оснащением“.

Договор был заключен между „пом. директора института по учебно-лечебной части В. А. Полубинским, именуемым в дальнейшем лечадминистрацией, пом. директора по административно-хозяйственной части А. А. Мурашевой, именуемой в дальнейшем хозяйственной частью — с одной стороны, и заведующим отделением физических методов лечения С. А. Ягуновым, именуемым в дальнейшем отадминистрацией (отделенческой администрацией)“.

Отделение на основании этого договора брало на себя выполнение следующих „количественных и качественных показателей“:

1. Число отпускаемых в день процедур должно быть не менее 200 (50 процедур стационарным больным института и 150 амбулаторным по нарядам облздравотдела).

2. Довести нагрузку в работе в среднем до 50 процедур на одного физиотехника и до 80 процедур на 1 врача, что обеспечит повторные врачебные осмотры больных не реже, чем через 4 процедуры.

3. „Организовать выполнение лечебной работы таким образом, чтобы иметь не свыше 1,5% осложнений“, чтобы ожидание больными процедур не длилось более 10 минут.

4. „Себестоимость отдельной процедуры в среднем не должна превышать 70 коп. В означенную сумму не входят расходы на воду, освещение и отопление, которые остаются общеинститутскими“.

5. „Отпускать платные процедуры по утвержденным по классовому принципу расценкам, с отчислением из валового дохода за платные процедуры 30% в общий фонд института“.

6. Содержать в надлежащем порядке предметы медицинского ухода, инструментарий, аппаратуру, основные лечебные установки и хозяйственный инвентарь отделения. Экономно расходовать световую и тепловую энергию, а также и воду без ущерба для интереса больных. Проводить необходимый текущий ремонт.

7. Обеспечить выполнение санитарного минимума по отделению и проводить санитарно-просветительную работу среди больных путем бесед с больными.

8. Обратить максимальное внимание на внедрение принципов профилактики, разработку мероприятий, повышающих эффективность результатов лечения, и на рационализацию применяемых в отделении лечебных мероприятий.

9. Проводить учет работы отделения по основным производственным показателям.

10. Проводить подготовку кадров на основе овладения техникой данного производства и обеспечить продвижение младших кадров в средние.

„Мед. фин. план“ должен был выполняться на основе укрепления единоначалия, решительной борьбы за трудовую дисциплину, ликвидации обезлички, на основе развития и укрепления основных форм социалистического труда, соцсоревнования и ударничества.

Из валового дохода за платные процедуры 30% отчислялось в общий фонд института, из полученной „производственной экономии“ $\frac{1}{3}$ должна была идти на увеличение оборудования отделения, $\frac{1}{3}$ на содержание дополнительного штата, $\frac{1}{3}$ на премирование сотрудников. В случае превышения плана и расширения работы администрации предоставляется право, согласно с условиями работы, или увеличить количество штатных единиц, или проводить сдельную оплату, исходя из расчета 8 коп. за процедуру, выполненную сверх установленной для кабинета нормы.

Медицинская и хозяйственная администрация:

1. Передает в ведение отделения помещение, установки, аппаратуру, наличный инструментарий, хозяйственный инвентарь.

2. Обязуется обеспечивать отделение необходимой рабочей силой, а в случае расширения деятельности отделения, потребным для этого инвентарем, капитальными установками и крупной аппаратурой.

3. Хозадминистрация обязуется обеспечивать отделение в часы работы в полной мере его потребности в воде, электроэнергии, отоплении. „Расходы по простоям в работе отделения, зависящие от

невыполнения означенного пункта договора по вине хозадминистрации, ложатся на последнюю“.

4. Обеспечивает своевременное выполнение заказов отделения на стирку белья, приобретение необходимых материалов, предметов оборудования и текущего ремонта.

5. Медадминистрация принимает все меры к надлежащему обслуживанию отделения со стороны соприкасающихся с ним других отделов: амбулатории, аптеки и основных лабораторий института.

6. Обеспечивает своевременную загрузку отделения согласно вышеуказанным нормам.

Отделению выделяется собственный бюджет в сумме 3360 рублей 09 коп. в месяц, т. е. 10.080 руб. 27 коп. в квартал, путем открытия лицевого счета в бухгалтерии института на имя отделения. Хозадминистрация обязалась обеспечивать надлежащее ведение лицевого счета отделения в бухгалтерии института с таким расчетом, чтобы отделение имело сведения о балансе за месяц не позднее 3 дней по истечении последнего.

Заключение вышеуказанного договора не замедлило сказаться в благоприятную сторону на росте и развитии отделения физических методов лечения.

Лечебная деятельность отделения в период 1931—1934 гг. значительно расширяется как в части увеличения числа лечившихся больных, так и, в особенности, в части роста числа отпущенных им процедур.

	1930	1931	1932	1933	1934
Число лечившихся больных	925	1748	2283	2288	1788
Число отпущенных процедур	25928	45250	69629	68643	62856

Подобное расширение работы отделения физических методов лечения объясняется следующими обстоятельствами: согласно заключенному договору стационарное отделение института обязано было направлять своих больных на лечение в отделение физических методов лечения с таким расчетом, чтобы стационарные больные получали не менее 50 процедур в день. С облздравотделом был заключен договор на 150 процедур в день. Кроме того, в отделении физических методов лечения лечились работницы с заводов, являвшихся базами для научно-исследовательской работы института, и больные, направлявшиеся в отделение из ряда амбулаторий и лечебных учреждений всего Ленинграда.

Отделение расширяется территориально: организуются 2 смотровых кабинета, при грязелечебнице оборудуется тампонное отделение,

обустраивается специальный красный уголок для проведения бесед с больными и устройства санитарных выставок. С 1934 г. открывается кабинет лечебной физической культуры. С 1933 г. на отделение физических методов лечения возлагается проведение физиотерапевтического лечения детей, находящихся под наблюдением 15-го пункта ОММ. Обслуживание детей проводится в специально отведенные часы, свободные от приема гинекологических больных.

Для отпуска запланированных по договору 200 процедур в день штат отделения физических методов лечения был увеличен на одного врача, одну акушерку-физиотехника и одну санитарку. Увеличение врачебного штата на 1 единицу дало возможность повысить качество врачебного обслуживания больных: на все время лечения больные стали прикрепляться к одному определенному врачу; повторные врачебные осмотры больных, лечащихся в отделении физических методов лечения, стали проводиться не через 11—12 процедур, а через 6—7 процедур, число лабораторных анализов в 1930 г. составляло 0,2 на больную, в 1931 г. оно достигло 0,36. Была расширена и углублена санитарно-просветительная работа путем проведения систематических бесед врачей с больными и организации выставок на наиболее актуальные темы в красном уголке отделения.

Увеличение штата отделения физических методов лечения на одного физиотехника позволило произвести закрепление каждого из кабинетов за определенным физиотехником, ликвидировать обезличку в отношении аппаратуры, инвентаря и повысить ответственность за правильность, четкость и своевременность отпуска процедур больным, лечащимся в определенных кабинетах.

С 1932 г. штат отделения физических методов лечения в связи с прогрессивно возрастающим числом лечащихся больных и числом отпускаемых процедур увеличивается еще и состоит уже из 19 единиц:

Заведующий отделением	1	
Научных сотрудников	2	(из них
		1 рентгенолог)
Врачей-ординаторов	2	
Старший физиотехник—сестра-хозяйка	1	
Физиотехников	4	
Методистов по лечебной физической культуре	1	
Рентгенотехник	1	
Пом. сестры-хозяйки	1	
Электрофизиотехник	1	
Санитарок и ванщиц	5	

В связи с наличием в отделении физических методов лечения трех врачей, кроме рентгенолога, между ними распределяется заведывание кабинетами:

- Микеладзе — грязелечебница;
- Водяхина — электроионотерапия и светолечение;
- Кишиневская — диатермия и водолечение.

С 1934 г. штат пополняется еще одним врачом, в связи с открытием кабинета лечебной физической культуры.

Необходимость выполнения некоторых пунктов договора послужила стимулом к поведению, кроме уничтожения обезлички, и ряда других организационных мероприятий по работе отделения. Отпуск процедур больным, лечащимся в отделении физических методов лечения, начинает проводиться по предварительной записи с точной фиксацией времени явки больной на процедуру, вследствие чего ожидание больными процедур действительно не превышает 10 минут. Вводится точный учет работы каждой акушерки-физиотехника с занесением в специальную процедурную книгу числа отпущенных ежедневно процедур по каждому из применяемых видов лечения. С персоналом отделения как с врачами-ординаторами, так и с акушерками физиотехниками, начинают проводиться занятия по повышению их квалификации и по их специализации.

Проводятся регулярные производственные совещания со всеми сотрудниками отделения. Разрабатывается и вводится санминимум для отделения с точным перечнем всего, что должно делаться по каждому кабинету и каждым сотрудником. Данное мероприятие повело не только к уточнению обязанностей, возлагаемых на каждого, но безусловно и к повышению ответственности каждого за их выполнение и к лучшей и более четкой организации контроля за выполнением.

Устанавливается круг обязанностей врачей, заведующих кабинетами. Вырабатывается инструкция ординатору отделения, дежурному врачу и инструкция по заполнению и ведению истории болезни врачами отделения физических методов лечения.

Рост числа больных, лечившихся в отделении физических методов лечения, и увеличение числа отпускаемых им процедур интересно рассматривать, конечно, не с точки зрения повышения доходности института с 9753 руб. 25 коп. в 1930 г. до 17825 руб. 43 коп. в 1931 г., что является фактически перекалыванием из кармана в карман, а с точки зрения того, что столь большие контингенты различных больных явились мощной базой для научно-исследовательской работы отделения. Это дало возможность расширить круг применения физической терапии в гинекологии и акушерстве, проверить на большом материале эффективность различных методов физической терапии при различных заболеваниях половой сферы, разработать новые методы физической терапии, выработать показания и противопоказания к назначению лечения.

В период 1931—1934 гг. в отделении физических методов лечения подвергаются научной разработке следующие проблемы:

1. Разработка, освоение и применение новых методов физиотерапевтического лечения в акушерстве и гинекологии.

Работа над этой проблемой была начата в период 1922—1930 гг., однако и в последующие 2 периода в этом направлении было сделано еще очень многое.

В 1931—1934 гг. разработано и введено:

1. Применение актинированных тампонов.

2. Лечение воспалительных кровотечений светом лампы Ландекера.

3. Лечение воспалительных заболеваний наружных половых органов облучениями экстрагенитальным соллюксом.

4. Интравагинальная ультрафиолетовая терапия.

5. Провокация цинковым ионофорезом хронической гонорреи (по Ягунову).

6. Лечение эндоцервицитов гонорройной этиологии диатермией с глиняным электродом.

7. Диатермия области гипофиза, как метод стимуляции его функции.

8. Грязелечение с укутыванием (взамен грязелечения с местной световой ванной).

9. Митигированное грязелечение гинекологических больных.

10. Разработан метод сочетанного лечения грязями и постоянным током. „Гальванизация через грязь“.

11. Метод лечения грязевыми влагалищными тампонами с электротермофором.

12. Сифонно-вакуумное орошение Ягунова.

13. Применение лечебной физической культуры в акушерстве и гинекологии.

II. Рационализация методики и техники отпуска физиотерапевтических процедур гинекологическим больным.

1. Рационализировалась техника введения грязевых тампонов во влагалище путем модификации Ягуновым метода Беспаловой-Летовой. Метод настолько оправдал себя, что до настоящего времени применяется как в ЦИАГ, так и в ряде других лечебных учреждений Союза.

2. Ягуновым предложены „матерчатые электроды“ для гальвано-ионотерапии.

Матерчатые электроды полностью удовлетворяют своим основным назначениям: плотному соприкосновению электрода с кожей пациента на всем его протяжении, равномерному распределению плотности тока на всех участках электрода, доступности для стерилизации. Изготовление их весьма просто, не требует специальной квалификации и материала; может быть употреблена в дело как новая материя, так и ветошь. Матерчатые электроды для гальванизации в настоящее время применяются почти во всех физиотерапевтических учреждениях, отделениях и кабинетах Союза.

3. Для интравагинальной электроионотерапии Ягуновым предложен специальный „наливной влагалищный электрод“, который дает возможность направлять лекарственные ионы на шейку матки и применять достаточно сильный электроток, не получая ожогов стенок влагалища, свойственных другим влагалищным электродам.

Изобретение Ягуновым наливного электрода дало возможность разработать целый ряд новых методов лечения эндоцервицитов, метритов, маточных кровотечений.

Интравагинальная электроионотерапия с наливным электродом в настоящее время вытеснила в отделении физических методов лечения ЦИАГ почти все другие виды влагалищной электроионотерапии.

4. В 1932 г. Ягуновым предложен специальный „ирригационный окклюзий“, позволяющий проводить длительное влагалищное орошение высокими температурами и при повышенном давлении. Окклюзий позволяет изолировать вульву от стекающей из влагалища во время орошения жидкости и этим избежать раздражений от высокой температуры или химических примесей. В настоящее время ирригационный окклюзий Ягунова применяется в отделении физических методов лечения для сифонно-вакуумных орошений и на ряде курортов Союза (Сочи-Мацеста, Сергиевские Минеральные воды и др.) для влагалищных орошений минеральной водой.

5. Беккером предложен генитальный „шотландский душ“.

6. По радиолечению В. А. Полубинским разработан метод фракционированного лечения рака матки.

III. Выявление эффективности лечения заболеваний половой сферы женщины методами физической терапии. Установление показаний и противопоказаний к назначению различных методов физической терапии для лечения гинекологических больных.

Данная проблема ведет свое начало с периода 1922—1930 гг., продолжается в 1931—1934 гг. и доходит до кульминационного пункта своего развития в период 1935—1941 гг.

В 1931—1934 гг. по этой проблеме разработаны 5 тем, в каждой из которых имеется по несколько работ.

1. Ближайшие и отдаленные результаты лечения физическими методами и рентгенорадиотерапией маточных кровотечений. Данной теме посвящено 5 работ, 3 из которых напечатаны в сборнике маточных кровотечений.

2. Физиотерапевтическое лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщины—9 работ.

3. Лечение методами физической терапии эндоцервицитов и эрозий шейки матки. За период 1931—1934 гг. по данному вопросу написано 3 работы.

4. Эффективность физических методов лечения для восстановления и повышения трудоспособности женщины—5 работ.

5. Влияние физиотерапии и физкультуры на функцию полового аппарата и кишечника женщин—5 работ.

Темы 4-я и 5-я, относясь, с одной стороны, к третьей проблеме: „Выявление эффективности физиотерапевтического лечения“, с другой стороны, очень тесно соприкасаются и со следующей проблемой: „Реактивность здорового и больного организма женщины на физические раздражители“.

IV. Реактивность здорового и больного организма женщины на физические раздражители.

Впервые эта проблема начинает разрабатываться в отделении физических методов лечения в конце 30-х г. XX столетия. Актуаль-

ность ее продолжает возрастать в последующие годы. Сегодня она является одной из тех проблем, над которыми работают сотрудники отделения физических методов лечения ЦИАГ, и, вероятно, в течение и еще ряда лет она не потеряет своего значения.

В период 1931—1934 гг. по данной проблеме выполнено 6 работ на темы:

1. Изучение бальнеологической реакции на курортное и внекурортное лечение.

2. Изучение реакции организма на однократное (кратковременное) раздражение, используемое в основном как метод диагностики анатомо-функционального состояния организма в целом или его отдельных органов и систем.

3. Изучение реакции организма на многократные и неоднократно повторяемые физические раздражения как метод оценки функциональной приспособляемости организма женщины и как обоснование для выработки методики физического воспитания, тренировки и закаливания девочки, девушки и женщины, а также и физиотерапевтического лечения при наличии соответствующих заболеваний. Этот вопрос находится одновременно в неразрывной связи и со следующей проблемой.

4. Изучение анатомо-конституциональных особенностей и функциональной приспособляемости женщин, подвергающихся многократному повторному воздействию определенных физических раздражителей.

Эта проблема зарождается впервые в период 1931—1934 гг. в отделении физических методов лечения, в дальнейшем она не только не утрачивает своей актуальности и является одной из ведущих проблем тематики отделения физических методов лечения, но становится в послевоенный период одной из основных общеинститутских проблем физиологического направления, принятого в ЦИАГ в целом.

В 1931—1934 гг. по этой проблеме разработаны следующие темы:

1. Измерение степени напряжения брюшного пресса.

2. Измерение мощности промежности.

3. Изучение брюшностеночно-промежностного показателя.

4. Лордозосколиозометрия.

5. Регистрация изменений внутрибрюшного давления.

6. Гистеротонометрия.

7. Влияние хореографических упражнений на развитие костей малого таза и на функцию яичников.

Для выполнения вышеуказанной тематики были предложены и сконструированы ряд аппаратов: Ягуновым и Микеладзе — абдоминоперинеотонометр и Микеладзе — лордозосколиозометр, гистеротонометр и аппарат для измерения внутрибрюшного давления.

1935 г. является годом, открывающим собой тот период, в котором отделение физических методов лечения в ЦИАГ выступает уже не только формально и номинально, но и фактически, как мощное специализированное отделение всесоюзного значения.

Оно достаточно хорошо оборудовано, имеет собственные хорошо подготовленные, высококвалифицированные кадры врачей-специалистов и акушеров-физиотехников, большой опыт в работе, так как в предшествующие годы в его стенах, под наблюдением его ведущих кадров, лечилось уже большое число больных по поводу весьма разнообразных заболеваний; имеются детально разработанные методы лечения, выработанные методика и техника отпуска процедур. В отделении имеются планы дальнейшей работы и перспективы на его дальнейшее расширение, рост и развитие.

Отделение физических методов лечения становится базой для научно-исследовательской работы не только врачей, обслуживающих данное отделение, но и сотрудников других клиник и лабораторий.

Высокая квалификация ведущих кадров отделения, его хорошая оснащенность, исключительно актуальная, разнообразная, глубоко продуманная и обоснованная проблематика, разработка которой проводилась в отделении, привлекали к нему врачей-специалистов из различных мест Союза для кратковременной работы в нем в целях специализации, повышения квалификации, ознакомления с последними достижениями науки и техники; и это служило основным путем к распространению по всему Союзу школы С. А. Ягунова, заведывавшего отделением физических методов лечения Государственного акушерско-гинекологического института.

За период с 1935 по 1941 г. из отделения физических методов лечения выходит целый ряд работ, представляющих из себя монографии, кандидатские и докторские диссертации.

Диссертации на степень кандидата медицинских наук:

В 1935 г.—Ш. Я. Микеладзе „Динамика взаимоотношений поясничного лордоза и угла наклона таза у женщин“. Ю. И. Стальский „Методика лечения гинекологических заболеваний грязевыми тампонами с электротермофором“.

В 1936 г.—А. С. Водягина „Электроионотерапия воспалительных заболеваний женской половой сферы“; Э. А. Качан „Влагалищное грязелечение во внекурортной обстановке“.

В 1937 г.—Л. Н. Старцева „Сергиевские минеральные воды как курорт для лечения гинекологических больных“; Борисова-Широбоква „Экспериментальные материалы к применению ультрафиолетовых лучей для обеззараживания операционного поля“.

В 1938 г.—Н. В. Куколев „Лечение трещин сосков кварцевой лампой“; Р. В. Кишиневская „Вагинальное и ректальное лечение торфом-сырцом заболеваний женской половой сферы“.

Диссертация на степень доктора медицинских наук:

В 1940 г.—С. А. Ягунов „Опыт изучения физиологии половой сферы летчиц, планеристок и парашютисток“.

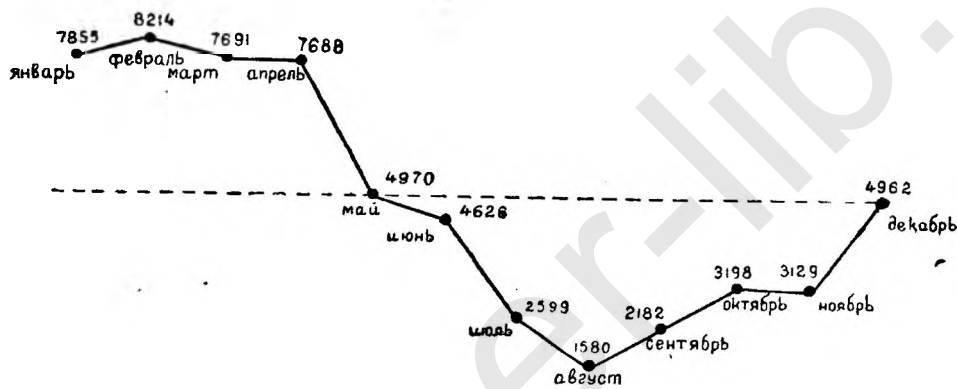
Каждая из них, являясь самобытной и оригинальной, одновременно с этим или подытоживала опыт работы отделения физических методов лечения за предшествующие годы, или отражала в себе его основные направления, идеи, установки.

Переходя к детальному рассмотрению работы отделения физических методов лечения за период 1935—1941 гг., необходимо начать опять с лечебно-производственной работы и формальных событий, так или иначе отразившихся на его жизнедеятельности.

С 20 апреля 1935 г. плата за процедуры и приемы в амбулатории института была значительно повышена.

Вследствие столь значительного увеличения стоимости каждой процедуры происходит резкое уменьшение числа больных, поступающих в отделение физических методов лечения, и числа отпускаемых им процедур; многие, почувствовав некоторое улучшение, прекращали лечение, не доведя его до конца.

Число процедур, отпущенных в отд. физ. мет. леч. в 1935 г. по месяцам



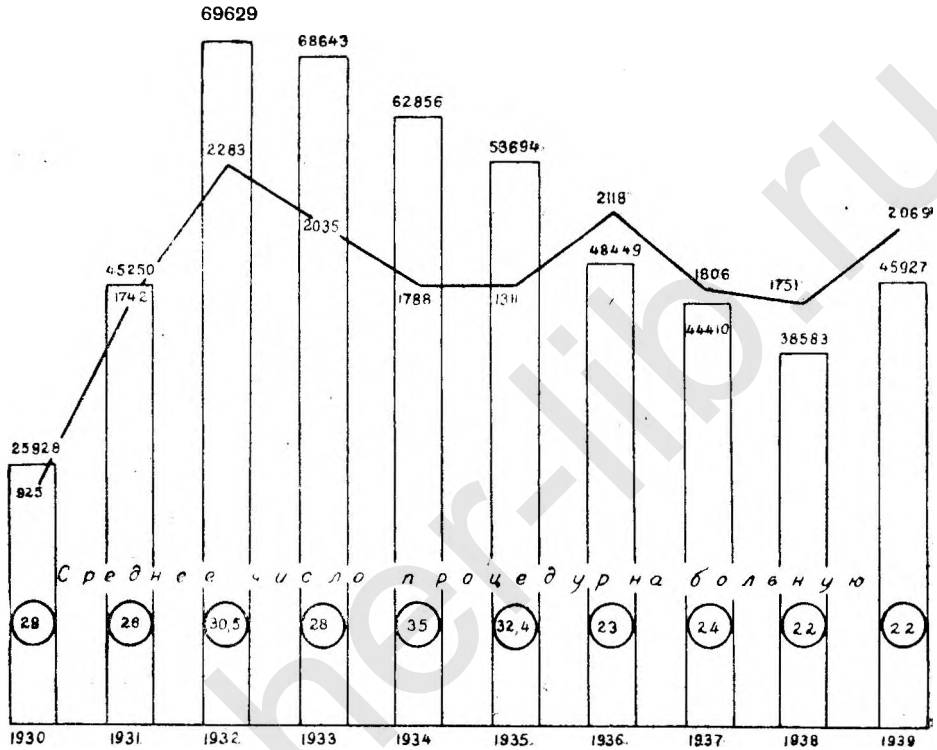
В связи с тем, что отделение физических методов лечения оказалось загруженным значительно меньше своей пропускной способности, в нем с 4 апреля 1935 г. был открыт платный прием для всех гинекологических больных, нуждающихся в лечении физическими методами, о чем было разослано информационное письмо во все лечебные учреждения города и пригородов Ленинграда, обслуживающие гинекологических больных.

Предпринятое мероприятие позволило удержать в последующие годы на достигнутом уровне число больных, лечившихся в отделении физических методов лечения (см. табл., стр. 450).

Что касается до некоторого снижения числа отпускаемых процедур, то оно объясняется снижением среднего числа процедур, приходящихся на 1 больную. Последнее было достигнуто путем выявления наиболее эффективных и разработки новых методов лечения каждого заболевания вместо отпуска каждой больной бесконечно большого числа мало эффективных процедур. Примером может служить введение с 1936 г. лечения хронических эндоцервицитов и эрозий шейки матки диатермокоагуляцией—метод, при котором полное излечение достигается применением всего 1—2 сеансов диатермо-

коагуляции, т. е. 1—2 процедур, вместо применения 20—30, а иногда и более сеансов электро-светолечебных процедур с достижением нередко только некоторого или временного улучшения.

Число лечившихся больных, отпущенных процедур и среднее число процедур с 1930 по 1939 г.



В период 1935—1941 гг. отделение расширяется открытием специального кабинета для УВЧ-терапии, оснащенного мощным коротковолновым генератором; оборудованием в отдельном кабинете операционной для малой электрохирургии и проведения ряда внутриматочных диагностических и лечебных процедур; организацией нафта-ланолечебницы, правда, последнюю пришлось развернуть в помещении, принадлежащем грязелечебнице, за счет некоторого территориального сужения последней без уменьшения ее пропускной способности.

Приводимые данные о расширении отделения физических методов лечения уже сами по себе свидетельствуют о введении ряда новых методов лечения в период 1935—1941 гг. Число их, конечно, несравненно больше тех, для введения которых потребовалась организация отдельных кабинетов.

Штат отделения физических методов лечения в период 1935—1941 гг. не только не сокращается, но в 1936 г. число акушерок-

физиотехников увеличивается до 6, а в 1939 г. до 9 единиц. В 1935 г. в штат отделения вводится специальный регистратор, что дало возможность улучшить постановку отчетности и разгрузить старшую медсестру отделения от обязанностей кассира и регистратора. В 1937 г. в штат отделения физических методов лечения вводится единица электрофизиотехника, чтобы в отделении собственными силами, без задержки, мог производиться текущий ремонт аппаратуры и конструкция ряда приборов и аппаратов, необходимых по ходу выполнения научной тематики и рационализаторских предложений.

В период 1935—1941 гг. происходит по разным причинам постепенная смена почти всех научных сотрудников отделения. Освободившиеся места замещались по всесоюзному конкурсу, в основном они оказались предоставленными лицам, подготовленным в том же отделении. В 1938 г. старший научный сотрудник отделения Ш. Я. Микеладзе получает в заведывание другое отделение института (поликлинику), его место занимает Л. Н. Старцева, работавшая в отделении физических методов лечения ЦНИАГИ с конца 1935 г. вначале 6 месяцев на рабочем месте, затем в качестве сверхштатного научного сотрудника. В мае 1937 г. она защитила при ЦНИАГИ диссертацию на степень кандидата медицинских наук, после чего была приглашена заведывать физиотерапевтическим отделением акушерско-гинекологической клиники института ОММ в Ленинграде. С освобождением места старшего научного сотрудника отделения физических методов лечения в ЦНИАГИ она конкурирует на занятие данной должности и утверждается Наркомздравом Союза, по постановлению Всесоюзного Комитета по высшей школе, в звании и должности старшего научного сотрудника отделения физических методов лечения ЦНИАГИ.

Научные сотрудники Р. Я. Кишиневская и Ш. С. Берлин-Каримова выбывают из Ленинграда по семейным обстоятельствам. Место одной из них занимает А. Ф. Руновской, работавшей в отделении физических методов лечения с 1933 г. вначале на рабочем месте для специализации и усовершенствования, затем неоднократно заменявшей сотрудников отделения физических методов лечения, выбывавших из строя на более или менее длительное время по болезни или каким-либо другим обстоятельствам. Место второго младшего научного сотрудника отделения до окончания всесоюзного конкурса временно занималось д-ром Кочуровой, работавшей до этого в Пермском медицинском институте, затем д-ром Н. Е. Савосиной, переведенной в отделение физических методов лечения из других клиник института, где она находилась в качестве исполняющей обязанности научного сотрудника. Конкурс не успел закончиться до начала Великой Отечественной войны.

Третий младший научный сотрудник отделения физических методов лечения Ф. С. Вейц с 1939 г. была переведена в другие клиники института. Ее место до начала Отечественной войны оставалось вакантным.

В период 1935—1941 гг. продолжают предприниматься организационные мероприятия по улучшению качества и четкости работы в отделении физических методов лечения.

1. Вырабатываются „правила получения процедур“ и „правила внутреннего распорядка“ для больных, пользующихся лечением в отделении, которые вывешиваются на видных местах в отделении и в поликлинике института.

2. Вырабатываются „правила внутреннего распорядка“ для персонала каждого из кабинетов отделения, вывешиваемые на видном месте в каждом из кабинетов для ознакомления с ними не только персонала, но и больных.

3. Тщательно разрабатывается подробная инструкция „По технике выполнения процедур для физиотехников отделения физических методов лечения“, которая включает в себя описание методики и техники отпуска процедур, правила наблюдения, ухода и контроля за состоянием аппаратуры в кабинете, стерилизации употребляемых инструментов и приборов; даются указания относительно инструктажа больных, который должен проводиться физиотехниками в процессе отпуска процедур; и, наконец, о регистрационной работе физиотехников по каждому кабинету. Данная инструкция подробно прорабатывалась с физиотехниками на специальных производственных совещаниях, а затем в отпечатанном виде раздавалась в каждый из кабинетов для пользования ею в рабочем порядке.

4. Вырабатывается „Инструкция по заполнению и ведению историй болезни врачами отделения физиотерапии и лечебной физкультуры“, более подробная, чем ранее составленная, с приложением к ней „схемы лабораторно-клинического обследования текущего материала“ и „схемы условного разграничения реакции на физиотерапевтические процедуры по Ягунову“, в целях напоминания о необходимости постоянного и обязательного контроля со стороны как дежурных врачей отделения физических методов лечения, так и заведующих кабинетами над интенсивностью и временем возникновения бальнеологической реакции у больных с различными заболеваниями под влиянием различных физиотерапевтических процедур.

Ягуновым разработана схема применения методов физической терапии для лечения воспалительных заболеваний женской половой сферы в острых, подострых и хронических стадиях процесса.

Проблематика научных работ отделения физических методов лечения остается той же, что и в предыдущий период 1931—1934 гг., с той только разницей, что по одним проблемам подводятся итоговые результаты, на разработку же других устремляются основные силы отделения.

По первой проблеме („Разработка, освоение и применение новых методов физиотерапевтического лечения в акушерстве и гинекологии“) продолжается интенсивная работа и в период 1935—1941 гг.

Разработаны и введены следующие новые методы физиотерапевтического лечения:

1. Пертубация фаллопиевых труб.
2. Лечение эндоцервицитов и эрозий шейки матки диатермокоагуляцией и диатермопунктурами.
3. Проведение пластических операций на шейке матки методом электрохирургии.
4. Лечение токами ВЧ и УВЧ в наружной и интравагинальной аппликации.
5. Применение электроионотерапии при заболеваниях внутренних половых органов путем введения *per rectum* смеси лекарственных анионов или катионов.
6. Введение лечения гипофункций полового аппарата облучениями красным светом.
7. Начинает проводиться лечение кольпитов облучениями холодной ртутно-кварцевой лампой.
8. Лечение трихомонадных кольпитов газообразным хлором.
9. Вводится сочетанное лечение постоянным и диатермическим током — диатермоионофорез.
10. Организуется нафталанотерапия — с 1938 г. в форме влажной нафталанотерапии, а с 1939 г. нафталанотерапия общими и тазовыми ваннами по методу, специально разработанному проф. Ягуновым.
11. С 1940 г. в отделении физических методов лечения ЦИАГ разрабатываются вопросы оксигенотерапии.
12. Разработан метод вакуумтерапии для лечения аменоррей.
13. С 1935 г. начало применяться ректальное грязелечение.
14. Лечение эндоцервицитов интрацервикальным электрофорезом стрептоцида.
15. Применение торфа-сырца для лечения гинекологических больных.
16. Лечебная физкультура в периоде беременности.
17. Ультрафиолетовая эритемотерапия экссудативных и экссудативно-спаечных воспалительных процессов.
18. Лечение маточных кровотечений методами рефлекторного воздействия на грудные железы.
19. Повышение сократительной способности матки электроионотерапией ступенеобразно нарастающим током.

Экспериментальные и клинические данные по разработке и применению этих методов отражены в отношении почти каждого из них в работах, вышедших из отделения физических методов лечения, из которых две являются монографиями: Ягунов „Лечебная физкультура в периоде беременности“ и Ягунов и Старцева „Нафталанотерапия в гинекологии“. Две другие послужили основой для диссертационных работ, одна Кишиневской „Вагинальное и ректальное лечение торфом-сырцом заболеваний женской половой сферы“, вторая была оформлена Ш. С. Берлин-Каримовой как кандидатская диссертация на тему „Экспериментальные данные о влиянии красного света на половое созревание самок белых мышей“. (Переезд из Ленинграда и начало Великой Отечественной войны задержали ее со сдачей кандидатского минимума и защитой диссертации).

По второй проблеме („Рационализация методики и техники отпуска физиотерапевтических процедур гинекологическим больным“) в период 1935—1941 гг. сделано следующее:

1. Проф. Ягуновым в 1935 г. предложена конструкция специального аппарата для продувания труб, в котором воздух вытесняется в матку из специальной герметически закупоренной бутылки или цилиндра столбом воды, поступающей под давлением в данный сосуд. Данный аппарат подвергался проф. Ягуновым неоднократной реконструкции и дальнейшим усовершенствованиям. В последней своей модификации применяется в отделении физических методов лечения ЦИАГ до настоящего времени.

2. Проф. Ягуновым сконструирован специальный прибор для наложения резинового сжимающего кольца на шейку матки при проведении пластических операций на шейке методом электрохирургии.

3. Проф. Ягуновым разработан метод интравагинальной УВЧ-терапии с конструкцией для этой цели специального влагалищного электрода.

4. Проф. Ягуновым предложен прибор, позволяющий создавать разреженное пространство вокруг шейки матки, служащий для проведения вакуумтерапии.

5. Кишиневской предложен прибор для ректального грязелечения, благодаря которому поступление грязи в *rectum* происходит с наименьшей потерей тепла и наименьшей травмой *anus'a* и слизистой оболочки кишки по сравнению с введением грязи в *rectum* другими приборами.

6. Сконструированы приборы для местных и общих облучений красными и инфракрасными лучами, излучателем красных лучей служат трубки, наполненные газом неонем.

Ряд работ, относящихся к третьей проблеме („Выявление эффективности лечения и установление показаний и противопоказаний к назначению различных методов физической терапии при заболеваниях половой сферы женщины“), подытоживают материал и опыт, накопленные в отделении физических методов лечения за предшествующие годы, как то: диссертации Стальского, Водяхиной, Качан, работы Полубинского о лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы; работа Ягунова и Некрасовой „Лечение электросветовыми и водяными тазовыми ваннами“; Ягунова и Кишиневской „Провокация физическими методами скрытых форм гонорреи цервикального канала“; Ягунова и Микеладзе „Лечение мешеччатых образований женской половой сферы“; Микеладзе „Внекурортное грязелечение гинекологических воспалительных заболеваний“; Кишиневской „Лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы диатермией“; Беккера и Робачевского „Применение кварцевой лампы при воспалительных заболеваниях верхних половых путей женщины“.

Другие работы дают обобщающие результаты по эффективности лечения гинекологических заболеваний вновь разрабатываемыми методами. Диссертации Старцевой, Куколевой, Борисовой-

Широбоковой; работа Ягунова и Старцевой „Нафталанотерапия в гинекологии“; Старцевой „Применение холодной ртутно-кварцевой лампы в гинекологии“; ее же „Лечение маточных кровотечений ионофорезом кальция со ступенеобразным нарастающим током“; Микеладзе „Результаты применения физических методов лечения при непроходимости фаллопиевых труб“; Беккера „Лечение эрозии шейки матки физическими методами“.

IV („Реактивность здорового и больного организма женщины на физические раздражители“) и V („Изучение анатомо-конституциональных особенностей и функциональной приспособляемости женщин, подвергающихся многократному повторному воздействию определенных физических раздражителей“) проблемы являются ведущими, неразрывно связанными друг с другом, проблемами, над которыми работали все сотрудники отделения физических методов лечения в период 1935—1941 гг. Они распадаются на несколько тем, каждая из которых в свою очередь состоит из ряда работ.

I тема: „Влияние активных и пассивных движений, сотрясений и изменения атмосферного давления на организм в целом и на анатомо-функциональное состояние половой сферы женщины в частности“.

По данной теме выполнено 8 работ, касающихся вопросов: 1) изменения внутрибрюшного давления при различных положениях тела в связи с прыжками с высоты; 2) состояния половой сферы у летчиц и парашютисток; 3) влияния изменений атмосферного давления, ускорения, толчков, сотрясений, вибрационных и дрожательных сотрясений на беременных животных; 4) реакция беременных летчиц на колебание воздушного давления, ускорение движения, волнообразные движения и вибрационные сотрясения; 5) беременность и роды парашютисток и летчиц; 6) адаптация при периферическом зрении и хронаксии у женщин-летчиц во время беременности и вне этого состояния. К выполнению последних двух работ привлекался академик Лазарев.

Результатом разработки данной темы явилась диссертация С. А. Ягунова на степень доктора медицинских наук.

II тема, запланированная в 1935 г., была „Электроанестезия и электронаркоз“.

В отделении физических методов лечения был составлен план выполнения данной темы, намечены пути ее разработки, выделены отдельные работы, относящиеся к данной теме (экспериментальные исследования в отношении наиболее эффективно анестезирующе действующих видов тока; изучение различных генераторов данного вида тока; применение электронаркоза и электроанестезии на животных; изучение человека как приемника тока; отыскание наиболее выгодных точек приложения тока для получения обезболивающего эффекта; разработка контрольных методов учета обезболивающего действия). С данной темой и предполагаемыми методами ее разработки ознакомился в отделении физических методов лечения доц. И. И. Яковлев и, увлекшись ею, избрал ее как тему для своей

докторской диссертации, которую защитил в 1940 г., хотя и не разрешил окончательно вопросов электронаркоза и электроанестезии и их практического применения в акушерстве и гинекологии.

К данной теме Ягуновым и Старцевой разработан специальный метод объективного контроля обезболивания в родах: „графическая регистрация поведения роженицы для учета эффективности обезболивания в родах“, принятый в настоящее время не только в ЦИАГ, но и в ряде других научно-исследовательских учреждений Союза как метод объективного контроля обезболивания родов.

III тема „Влияние физических агентов на функцию половых органов и их секрет“.

По данной теме в отделении физических методов лечения разрабатывались вопросы влияния ультрафиолетовых лучей и кислорода на жизнедеятельность и жизнеспособность сперматозоидов; продвижение гормонов с помощью постоянного тока; влияние факторов физической терапии на половое созревание; влияние гальванического и фарадического тока на сокращение матки.

IV тема „Влияние физической культуры на течение беременности, родов и послеродового периода“.

По данной теме выполнены 4 научных работы, из которых основной является монография — альбом проф. Ягунова „Физкультура в период беременности“.

V тема „Разработка новых методов диагностики анатомо-конституционального состояния женщины“.

По данной теме Ш. Я. Микеладзе была выполнена работа по изучению динамики взаимоотношения угла наклона таза и поясничного лордоза у женщин в зависимости от возраста, наличия или отсутствия беременности, от степени тренированности в гимнастических упражнениях и спортивных состязаниях; кроме того, этой работой установлено значение степени наклона таза для развития опущений и выпадений влагалища и матки.

Данная работа была оформлена Микеладзе как кандидатская диссертация.

Кроме вышеупомянутой работы по V теме разработаны „метод пневмографического контроля над грудным и диафрагмальным дыханием“ и „влияние занятий балетом на изменение конфигурации стопы у женщин“.

Война с белофиннами, вспыхнувшая в конце 1939 г., повлекла за собой закрытие с половины декабря 1939 г. до августа 1940 г. ЦИАГ как акушерско-гинекологического учреждения и открытия на базе ЦИАГ военного госпиталя. На лечебно-производственной работе отделения данное обстоятельство не отразилось, отделение продолжало работать даже с несколько большей нагрузкой.

На научно-исследовательской же работе в отношении дальнейшей разработки проблематики и тематики отделения смена более чем на полгода контингента акушерско-гинекологических больных на больных с хирургическими травмами военного времени отразилась очень резко. Научная работа состояла главным образом в обработке ранее

доть 200 за год и 50 обучавшихся одновременно, была выработана специальная программа для занятий, состоявшая из 3—4 двухчасовых лекций, дающих общее представление по применению физической терапии в акушерстве и гинекологии, которые читались для всего курса, и 4 двухчасовых практических занятий, которые проводились в кабинетах отделения физических методов лечения по разделам водо-грязелечение, светолечение, электролечение и лечебная физическая культура с группами, не превышавшими по своей численности 10—12 человек.

3. Занятий с врачами, направленными в отделение физических методов лечения с периферии или из других лечучреждений на рабочие места для специализации или повышения квалификации. Продолжительность их пребывания в отделении и план проведения занятий составлялись с каждым в индивидуальном порядке с учетом подготовленности, интересов командированного, а также продолжительности, цели и задач его командировки.

В 1941 г., с начала Великой Отечественной войны, ЦИАГ выполняет славные традиции, проводимые институтом в последние 100 лет своего существования: всегда, когда в стране случались бедствия, Отечество и родной город бывали в опасности, он отдавал свои лучшие кадры, а в случае надобности и свое помещение в распоряжение государства для участия в спасении Родины. Так было в период холерной эпидемии, в империалистическую войну 1914 г., в гражданскую войну, когда интервенты угрожали Петрограду, в Белофинскую кампанию, так случилось и в Великую Отечественную войну. Буквально с первого же дня начала войны в институте дополнительно к штатному числу коек были развернуты хирургические женские койки, так называемые „оперативные койки“ для обслуживания раненых женщин из числа гражданского населения и вольнонаемного состава армии.

В этот же период времени под руководством и при непосредственном участии проф. Ягунова, который в 1938 г. являлся уже не только заведующим отделением физических методов лечения, но и заместителем директора института по научно-лечебной части, силами сотрудников института, а по отделению физических методов лечения сотрудниками данного отделения проводится большая работа по отбору, упаковке и отправке в тыл наиболее ценного медицинского оборудования и аппаратуры.

Закончив руководство по отправке в тыл ценнейшего оборудования и библиотеки института, по замуравыванию в подвалы института его медицинского архива, по свертыванию института как акушерско-гинекологического учреждения и по развертыванию на его базе военного госпиталя, проф. Ягунов уходит в ряды Красной Армии, передав заведывание отделением физических методов лечения старшему научному сотруднику этого отделения Старцевой.

Под руководством Старцевой, вначале как исполняющей обязанности заведующего отделением физических методов лечения госпиталя, а с 20 октября 1941 г., по ее мобилизации в ряды Красной

Армии, как начальника физиотерапевтического отделения эвакогоспиталя, располагавшегося на базе института, отделение физических методов лечения института работает до конца Великой Отечественной войны.

В сентябре 1941 г. уходят в ряды Красной Армии оба научных сотрудника отделения физических методов лечения — Руновская и Савосина, покидают стены института и две из медсестер-физиотехников Калачева и Срюбас. Из остальных медсестер-физиотехников большая часть в ближайшее же время уходит с работы или по болезни, или в силу эвакуации в тыл. На их места в физиотерапевтическое отделение эвакогоспиталя назначается военный врач (вначале Спектор, а затем Селезнева) и ряд военных медсестер.

Работа физиотерапевтического отделения госпиталя во второе полугодие 1941 г. шла по двум направлениям: 1) организация физиотерапевтической помощи раненым и больным, доставленным на лечение в эвакогоспиталь, и 2) обучение медперсонала физиотерапевтического отделения физиотерапии, дисмургии и работе в перевязочной.

С началом военных действий, в связи с занятием вначале под СПМ, а затем под приемный покой госпиталя, грязенафталанолечебницы, отпуск этого вида процедур прекращается. Остальные установки физиотерапевтического отделения продолжают работать до конца 1941 г.

Несмотря на сокращение штата отделения, малую квалификацию кадров, имевшие место перебои в подаче электроэнергии, воды, частые перерывы в работе вследствие воздушных тревог, требовавших прекращения отпуска процедур, отделение работало с полной нагрузкой. Вышеуказанные затруднения компенсировались удлинением рабочего дня, вследствие чего отделение функционировало ежедневно с 9 до 21 часа.

Число отпущенных процедур за $4\frac{1}{2}$ месяца второго полугодия 1941 г. превосходит число процедур, отпущенных в первые $7\frac{1}{2}$ месяцев того же года.

В период Отечественной войны работа физиотерапевтического отделения не ограничивалась одной лечебно-производственной работой. Оно было избрано базой подготовки кадров врачей и медсестер для физиотерапевтических отделений госпиталей всего Ленинградского фронта как мощное физиотерапевтическое отделение, хорошо оснащенное разнообразной физиотерапевтической аппаратурой, обслуживающее различные контингенты раненых и имеющее своим начальником кандидата медицинских наук, лицо, имеющее опыт как в лечебной, так и в педагогической работе.

За время Отечественной войны было подготовлено 18 врачей и 19 медсестер, которые и работали в дальнейшем в физиотерапевтических отделениях госпиталей Ленинградского фронта.

По материалам госпиталя за время Отечественной войны Старцевой написано 16 научных работ, из которых 1 посвящена вопросу повышения эффективности лечения анаэробной флегмоны путем

облучения ран массивными дозами ультрафиолетовых лучей, 4 — применению различных способов физической терапии для стимуляции к заживлению гранулирующих ран; 4 — разработке методов и учету эффективности физиотерапевтического лечения некротизирующихся черепно-мозговых ран и энцефалитических протрузий мозгового вещества; 3 — физиотерапевтическому лечению повреждений периферических нервов конечностей; 1 — физической терапии огнестрельных повреждений позвоночника и спинного мозга. Кроме того в одной описан предложенный ею способ лечения черепно-мозговых ран с ликворными желудочковыми свищами ультрафиолетовыми облучениями через целлофановую пленку долгосрочных повязок и, наконец, в 2 работах подведены итоги многочисленным наблюдениям над изменениями светочувствительности кожи к ультрафиолетовым лучам в зависимости от характера повреждений нервной системы.

Последние 2 работы послужили основанием для постановки в послевоенное время специальных наблюдений над изменениями светочувствительности кожи к ультрафиолетовым лучам у ряда групп гинекологических больных, после чего определение фотозрительной реакции кожи было принято в ЦИАГ как один из тестов клинического обследования больных, указывающих, находится ли вегетативная нервная система больной в состоянии раздражения или, напротив того, угнетения.

3 июня 1944 г. Народным Комиссаром здравоохранения Союза ССР, был подписан приказ о развертывании клинической базы в ЦИАГ. К этому же времени относится переформирование существовавшего на базе института эвакогоспиталя в женский госпиталь.

Вместе с возрождением института возвращается в него, в качестве директора института и начальника женского военного госпиталя, проф. подполковник С. А. Ягунов.

Первые месяцы реставрации ЦИАГ были употреблены на выявление и учет сохранившегося имущества института и на подготовку здания, так как предполагалось развернуть акушерскую клинику в помещениях, где в течение 3 $\frac{1}{2}$ лет пребывали раненые с гнойными процессами, вплоть до анаэробной флегмоны.

23 октября 1944 г. в институт были приняты первые роженицы.

К 1 января 1945 г. занимаемая институтом площадь могла вместить до 200 коек.

С 1945 г. начинается реставрация отделения физических методов лечения.

Одной из первоочередных задач отделения физических методов лечения на 1945 г. было проведение капитального ремонта физиотерапевтической аппаратуры. К выполнению этой задачи было приступлено с первых же месяцев 1945 г. В феврале была отремонтирована хирургическая диатермия, в марте закончен ремонт аппаратов ВЧ и УВЧ, в апреле восстановлен аппарат для продувания труб системы Ягунова, к концу первого полугодия 1945 г. был закончен ремонт всей электросветолечебной аппаратуры, позволяющей обеспечивать физиотерапевтической лечебной помощью в 1945 г. стационарных

больных ЦИАГ, женского военного госпиталя и гарнизонной женской поликлиники.

Остались не функционирующими только нафталано-грязелечебница и водолечебница, первые — вследствие того, что на их территории развернут приемный покой, который должен быть переведен в помещение, временно занятое и не освобожденное еще и до настоящего времени детской консультацией и молочной кухней 15 пункта ОММ, вторая — вследствие потребности в капитальном ремонте после серьезных повреждений, полученных при артобстрелах во время блокады Ленинграда.

Проведение капитального ремонта помещения отделения физических методов лечения, а вместе с тем и водолечебницы, оказалось возможным и было проведено только в летне-осенний сезон 1946 г.

Объем лечебной работы отделения физических методов лечения в 1945 г. ни по числу лечившихся больных, ни по числу отпущенных процедур еще не достиг довоенного уровня. Объяснением этому являются следующие факты: 1) отделение обслуживало почти исключительно стационарных больных, поликлиника ЦИАГ общегородского значения еще не была развернута, и амбулаторные больные в отделение поступали только из числа выписывающихся из стационара ЦИАГ для продолжения дальнейшего лечения уже амбулаторно; 2) грязе-нафталанолечебница и водолечебница не функционировали; 3) по новой структуре ЦИАГ рентгеновский кабинет и кабинет лечебной физкультуры реорганизованы в самостоятельные отделения и отошли от отделения физических методов лечения.

Лечебная работа отделения физических методов лечения в 1945—1947 г. выражается в следующих цифрах:

	1945 год	1946 год	I полугодие 1947 г.
Число лечившихся больных	1542	2056	1498
Число отпущенных процедур	21 825	21 820	19 485

В I полугодие 1947 г. число больных, пользовавшихся физиотерапевтическим лечением в отделении физических методов лечения ЦИАГ, возрастает до 1 498, что значительно превосходит не только средний, но и максимальный уровень довоенного времени; число же отпущенных процедур — 19 485 достигает среднего довоенного уровня, несмотря на то, что и в I-м полугодии 1947 г. по вышеприведенным причинам не удалось развернуть работу водо-грязе-нафталанолечебницы.

Рост в 1947 г. по сравнению с 1946 г. числа больных, пользовавшихся физиотерапевтическим лечением, имел место в основном за счет амбулаторных больных, так как в 1947 г. начала функциониро-

вать женская консультация ЦИАГ. Увеличение же числа больных, лечившихся в 1947 г., против среднего довоенного уровня объясняется тем, что применение физической терапии оправдало себя в эффективности лечения акушерско-гинекологических больных и новорожденных, вследствие чего прогрессивно нарастает процент больных, направляемых из стационара и консультации на разные виды этого специализированного лечения.

Штат отделения в 1945 г. был очень маленьким, в 1946 г. он несколько расширяется, но не достигает еще довоенного уровня.

	1945 г.	1946 г. и I полу- годие 1947 г.
Профессоров докторов медицин- ских наук	—	1
Старших научных сотрудни- ков кандидатов медицин- ских наук	1	1
Научных сотрудников	1	3
Ст. медицинских сестер-физи- отехников	1	1
Медицинских сестер физио- техников	2	7
Электро-физиотехников	1	1
Бельевиц	1	1
Санитарок	2	2
Всего	9	17

Заведывание отделением физических методов лечения до апреля 1946 г. было возложено на ст. научного сотрудника Старцеву как на исполняющего обязанности заведующего отделением. С апреля 1946 г. отделение вновь возглавляется проф. Ягуновым.

До мая 1947 г., когда тяжелая утрата постигла ЦИАГ, вследствие смерти одного из старейших сотрудников института проф. В. А. Подлубинского, возглавлявшего отдел неоперативной гинекологии, Ученый Совет ЦИАГ просил проф. Ягунова взять на себя заведывание вышеуказанным отделом, вместо скончавшегося проф. В. А. Подлубинского. Вступив на должность заведующего отделом неоперативной гинекологии, проф. Ягунов вновь передает исполнение обязанностей заведывающего отделением физических методов лечения своей заместительнице и ст. научн. сотруд. Л. Н. Старцевой.

Годы	Больных с экссудативными и экссудативно-спаечными процессами	Больных с рубцово-спаечными процессами
1936	43,3%	56,7%
1937	27,8%	72,2%
1938	19,5%	80,5%
1939	13,8%	86,2%
1940	28,3%	71,7%
1941	24,5%	75,5%
1945	48,5%	51,5%
1946	67,0%	33,0%

В лечебной работе отделения обращают на себя внимание следующие факты: прогрессивное увеличение в эти годы числа больных, лечившихся по поводу экссудативных и экссудативно-спаечных воспалительных заболеваний внутренних половых органов, тазовой брюшины и клетчатки, по сравнению с числом больных со спаечными и рубцово-спаечными воспалительными процессами. Причем физиотерапевтическое лечение начало применяться в острых и подострых стадиях с направлением больных на это лечение в первые же дни после поступления в клинику.

Эффективность физиотерапевтического лечения экссудативно-спаечных воспалительных процессов

	1936—1939 гг.	1940—1941 гг.	1945—1946 гг.
Излечение и значительное улучшение	11,1%	35,5%	46,1%
Улучшение	50,5%	35,6%	38,7%
Без перемен	36,0%	27,8%	12,5%
Обострение	2,4%	1,0%	2,7%

Раннее начало лечения в стадиях обратимого процесса и четко разработанная методика лечения позволили значительно повысить эффективность лечения по сравнению с тем, что имелось ранее.

Эффективность лечения экссудативно-спаечных процессов несравненно превосходит эффективность лечения рубцово-спаечных воспалительных процессов.

В пять раз по сравнению с довоенным периодом возросла в процентном отношении к числу лечившихся в отделении физических методов лечения консультативная, диагностическая и лечебная помощь, оказываемая отделением физических методов лечения женщинам, страдающим бесплодием. Объясняется это следующими моментами: после всех бедствий, перенесенных в Отечественную войну, резко возрос и обострился у женщин инстинкт материнства; с другой стороны, методика, применяемая в отделении физических методов лечения ЦИАГ для обследования женщин, страдающих бесплодием, значительно совершеннее, чем в других учреждениях и даже клиниках, вследствие чего целый ряд больных в случаях с неясной, трудно устанавливаемой этиологией бесплодия направляется в это отделение другими лечущими учреждениями.

Эффективность физиотерапевтического лечения рубцово-спаечных воспалительных процессов

	1936—1939 гг.	1940—1941 гг.	1945—1946 гг.
Излечение и значительное улучшение	12,9%	10,1%	13,3%
Улучшение	26,5%	14,2%	34,2%
Без перемен	55,2%	72,5%	48,0%
Обострение	5,4%	3,2%	4,6%

В 1946 г. из общего числа лечившихся больных 9,0% составляют новорожденные, которым было отпущено 1282 процедуры, в основном ультрафиолетовых облучений. До 1945 г. число новорожденных, пользовавшихся физиотерапевтическим лечением, значительно меньше, а в довоенное время не превосходило нескольких единиц за год. Применение физической терапии для лечения у новорожденных потницы, пиодермии, опрелости, фурункулеза, а также пневмонии дало высокие показатели эффективности лечения в достаточно короткие сроки, при средней продолжительности лечения в 7—8 дней.

Излечение 57%
 Значительное улучшение и улучшение 37%
 Без перемен 6%

при полном отсутствии случаев ухудшения или обострения процесса.
 В 1945 г. в связи с тем, что акушерское отделение института было развернуто, как мы уже говорили, в помещении, всего несколько

месяцев тому назад занимавшемся ранеными, особенно остро стал вопрос о периодических повторных дезинфекциях палат для новорожденных. В целях проведения дезинфекции не только предметов, но и воздуха палат средствами, которые отнюдь не могли бы неблагоприятно отразиться на здоровье новорожденных, проф. Ягуновым было предложено облучать палаты ультрафиолетовыми лучами ртутно-кварцевой лампы.

Бактериологический контроль воздуха и мазков со стен и предметов после облучения показал или полную стерильность, или рост единичных колоний, в то время как в аналогичных посевах, проведенных после тщательного мытья палат водой с мылом и 2%-ным раствором хлорной извести, наблюдался в ряде случаев умеренный или обильный рост микрофлоры, скудный же рост или единичные колонии вырастали обязательно.

В связи с полученным результатом с 1945 г. в отделении для новорожденных введено систематическое проведение дезинфекции палат ультрафиолетовыми облучениями.

С 1945 г. институтом в целом принимается новое физиологическое направление, в задачи которого входит изучение физиологии, реактивности и функциональной приспособляемости организма женщины, т. е. те проблемы, которые начали разрабатываться в отделении физических методов лечения 10—15 лет тому назад. В связи с этим методы физической диагностики функционального состояния организма женщины в целом и ее половой сферы в частности при различных физиологических и патологических состояниях начали широко применяться уже во всех отделах и клиниках института, а их разработка и изучение являются основной тематикой отделения физических методов лечения в период 1945—1946 гг.

При разработке в общепитутском масштабе проблем „аменорея военного времени“, „токсикозы беременности“, „недонашиваемость плода“, в отделении физических методов лечения проводится изучение фото-эритемной реакции кожи этих больных, как одного из диагностическо-прогностических признаков. Эта работа дала возможность установить, что истощение и угнетение вегетативной нервной системы (вследствие интоксикации, авитаминоза, изменений в соответствующих центрах) проявляются понижением светочувствительности кожи к ультрафиолетовым лучам, тем больше, чем сильнее выражен процесс.

По общепитутской проблеме „Функциональная диагностика в гинекологии“ в отделении физических методов лечения изучалась пертурбация фаллопиевых труб как метод диагностики их анатомо-функционального состояния. В этом, казалось бы весьма старом и общеизвестном, вопросе удалось получить совершенно новые данные: волнистость кимографических кривых, получаемых в процессе пертурбации, расцениваемая всеми, начиная с Рубина, как признак их перистальтики, на деле оказалась зависящей от наличия в трубах секрета и от их перекручивания, что и было доказано эксперимен-

тальными опытами на резиновых трубках фантома и на препарате половых органов, экстирпированных у трупа женщины.

В целях создания возможности изучения в дальнейшем реактивности и функциональной приспособляемости брюшного пресса и тазового дна женщины к изменениям внутрибрюшного давления, вызываемого различными физическими и физиологическими нагрузками (элементарные движения, бытовая нагрузка, гимнастика, спорт, беременность), в 1945—1946 гг. была разработана методика функциональной диагностики состояния вульварного кольца методом аэрокольпоинсуффляции и метод пнеймографического контроля за характером изменений внутрибрюшного давления при помощи аэрокольпоинсуффляции.

По предложению проф. Ягунова сконструирован аппарат, позволяющий определять степень смещаемости матки при различной силы нагрузках и степень эластичности ее связочного аппарата.

Кроме вышеупомянутых работ по изучению реактивности и функциональной приспособляемости организма женщины в 1945 и 1946 гг. подведены итоги работы отделения и достигнутых результатов за последние 10 лет по „применению малой электрохирургии в амбулаторно-поликлинической обстановке“; „нафталанотерапии в гинекологии с учетом отдаленных результатов“; „лечению воспалительных заболеваний в полости малого таза методами физической терапии“.

В 1947 г. научные сотрудники отделения приступили к разработке вопросов, связанных с реактивностью и функциональной приспособляемостью здорового и больного организма женщины. В целях этого приводится изучение влияния на организм женщины как физиотерапевтических раздражителей, так и физической нагрузки.

ЛАБОРАТОРНЫЙ ОТДЕЛ

акusherlib.ru

Ст. научн. сотр. А. А. КУЛИКОВСКАЯ

**Патоморфологическая школа ЦИАГ
от начала его существования по 1946 год**

В 1897 году, когда институт праздновал 100-летний юбилей своей деятельности, он располагал лишь хорошо оборудованной общей клинической лабораторией, которая была учреждена в 1893/94 г. по инициативе директора института проф. Д. О. Отта.

Главным мотивом к организации клинической лаборатории, как указано в юбилейном сборнике института 1897 г., являлось стремление улучшить научную постановку лечебного дела. Клиническая лаборатория обязана была проводить «бактериологические, микроскопические и биохимические исследования, благодаря чему при распознавании была получена возможность пользоваться всеми клиническими и лабораторными исследованиями, могущими уяснить каждый случай».

Однако характер и объем работы клинической лаборатории в то время был крайне ограничен. Проводились клинические анализы крови, мочи и выделений и в отдельных случаях производилось микроскопическое исследование пробных соскобов и биопсий.

Эти последние исследования носили несколько примитивный характер, так как общий уровень знаний в области микроскопической диагностики заболеваний был невысок, и возможность для работы в отношении штата были ограничены. К тому же, не все клиницисты того времени понимали значение и будущность микроскопического метода в вопросах диагностики. Часто оспаривалась достоверность микроскопического метода исследования как диагностического: например, высказывались за преимущество пальцевого исследования при злокачественных новообразованиях перед микроскопическим.

В противоположность этому взгляду руководящие ученые института (проф. Д. О. Отт, В. В. Строганов), наряду с другими

передовыми исследователями, выступили в защиту нового метода микроскопической диагностики в акушерстве и гинекологии.

К началу 90-х годов прошлого столетия в области микроскопического метода в институте был накоплен незначительный опыт и сравнительно ограниченные наблюдения.

В 1890/91 г. в Клиническом институте для усовершенствования врачей в качестве ординатора начала работать женщина-врач К. П. Улезко-Строганова, принимая участие в операциях и разрабатывая микроскопически операционный материал института. С 1904 г. она сосредоточила свою деятельность исключительно в Клиническом повивально-гинекологическом институте в названной клинической лаборатории, которой вначале заведывал д-р Н. С. Канегиссер. В работе лаборатории особое развитие получил патолого-гистологический отдел. Благодаря богатому материалу, доставляемому для микроскопической разработки всеми клиниками и отделениями института, особенно же отделением оперативной гинекологии. Изучаемый материал в дальнейшем послужил источником для ряда научных работ лаборатории (К. П. Улезко-Строганова), обративших на себя внимание отечественных и зарубежных специалистов.

В России в то время институт был единственной школой в области акушерства и гинекологии и привлекал многочисленные кадры врачей со всех концов нашего обширного отечества. В институте, наряду с другими дисциплинами, для врачей проводился курс «Патологическая анатомия женской половой сферы» и курс «Микроскопическая диагностика в гинекологии», который с 1904 г. начала вести К. П. Улезко-Строганова.

Под руководством К. П. Улезко-Строгановой была создана лаборатория, а в дальнейшем кафедра нормальной и патологической анатомии и гистологии женской половой сферы — единственная в своем роде, как в Советском Союзе, так и за границей. Этой кафедрой и лабораторией она беспрерывно руководила до последних дней своей жизни (декабрь 1943 г.)

Если принять во внимание, что в начале 90-х годов прошлого столетия патогистология и гистология женской половой сферы очень слабо были развиты, то понятно, что вопросов для разработки был непочтый край.

Научно-исследовательская работа по микроскопическому изучению заболеваний женской половой сферы и разработка микроскопического метода диагностики в гинекологии была начата с самого начала. Одновременно с этим разрешались практические вопросы, связанные с работой акушерской и гинекологической клиник. В распоряжение лаборатории поступал обширный материал, как пробные соскобы и биопсии, так и операционный материал. Это обусловило многогранность работы лаборатории.

В числе первых вопросов для изучения были поставлены морфологические исследования строения органов женской половой сферы и гисто-

генеза соответствующих тканей, в частности, — изучение тончайшего строения последа и его заболеваний, включая злокачественные пере-рождения ворсин и др.

Впервые было доказано, что синтициум — не материнского происхож-дения, как некоторые предполагали в то время, а фетального (Улезко-Строганова, 1895). Была выявлена роль клеточного слоя Langhans'a и дальнейшая судьба клеток в стенке матки, (Кадлец, 1924). Весьма детально были изучены различные виды вне-маточной беременности (Улезко-Строганова, 1900, 1914, 1938; Белугин, 1925; Каплун Д. Е., 1935; Белошапко). Были изу-чены изменения в слизистой матки в связи с беременностью, восста-новление слизистой матки при выкидышах и др. В ряде работ были изучены морфологические изменения и установлен гистогенез дециду-альной ткани и ее значение как «защитительной», что вполне подтвер-дилось в дальнейшем с развитием учения о ретикуло-эндотелиальной системе (РЭС) и привело к современному взгляду на нее, как на особый вид ретикуло-эндотелиальной ткани, развивающейся в связи с беременностью (Улезко-Строганова, 1937).

Много внимания было уделено изучению гистологических изменений в отдельных органах при беременности и, в частности, при эклампсии. Экспериментально путем подкожных инъекций эмульсий хориона и на основании гистологического исследования яичников у экламптичек была доказана правильность плацентарной теории в патогенезе эклам-псии (Улезко-Строганова, Клюков, 1928). Как характер-ный признак для тяжелой формы токсикоза беременности — эклампсии отмечались кровоизлияния в паренхиматозные органы с пышным раз-витием децидуальной ткани в яичниках, а также быстрым обратным развитием желтого тела с гиалиновыми шарами и наличием многочис-ленных атретических фолликулов с мощным развитием ткани интер-стициальной железы. В отношении последней был установлен гистогене-з, условия развития и значение ее как депо и регулятора половых гормонов, фолликулина (Улезко-Строганова, 1930, 1936).

Большой отдел работ лаборатории представляло изучение опухолей различных отделов женской половой сферы. Изучался богатый и раз-нообразный клинический материал по доброкачественным и злокаче-ственным новообразованиям (Улезко-Строганова, 1908—1914). При этом по возможности выяснялся их гистогенез, что позволяло осветить их истинную природу. Был описан целый ряд опухолей с раз-личной локализацией, как, например, кисты девственной плевы и вла-галища (1894 г.), кисты круглых маточных связок (1896 г.). Для целого ряда опухолей был подтвержден их гистогенез, как, например, опухоли яичников из эмбриональных остатков (1904 г.), опухоли Kruken-berg'a из железистого эпителия (1910 г.), миомы матки, включая и злокачественные, из мезенхимальных остатков и мышечных пучков матки (1914 г.).

Особенное внимание было сосредоточено на эпителиальных гипер-плазиях регенераторных и воспалительных, которые имеют склонность

переходить в злокачественные и могут давать повод к диагностическим ошибкам при распознавании ранних форм рака.

При изучении таких эпителиальных гиперплазий у К. П. Улезко-Строгановой впервые возникла идея о зависимости их от состояния подлежащей соединительной ткани. По мере ослабления воспалительного процесса задерживался рост указанных эпителиальных разрастаний. Эта идея о регулирующей роли соединительной ткани в росте эпителиальных гиперплазий подкреплялась в дальнейшем на опытах с трансплантированным раком на животных, пока, наконец, не удалось на дегтярном раке показать динамику процесса эпителиального роста в области смазывания дегтем кожи мыши до возникновения злокачественного роста эпителия (Улезко-Строганова, 1925).

Учение о регулирующей роли соединительной ткани, основанное на наблюдениях и опытах, и составлявшее предмет исследований К. П. Улезко-Строгановой еще в 1908 г., наконец, благодаря Ашофу (1913—1914 гг.) получило должное обоснование и признание как учение о ретикуло-эндотелиальной системе.

Дальнейшее изучение этой системы, изучение ее с точки зрения филогенеза, окончательно утвердило ее огромное значение для организма как в физиологии, так и в области патологии. Она стала известной под разными именами, заключающими более широкое понятие об ее многогранных и весьма важных функциях, как «активная мезенхима», «физиологическая система соединительной ткани», «трофическая система». Одна из ее основных функций — обмен веществ; на ней лежит регуляция обмена веществ; отсюда вытекает, как непосредственное следствие, то, что она регулирует и тканевую рост. Это было высказано предположительно К. П. Улезко-Строгановой еще в 1908 г.

Работами лаборатории последнего времени подтверждалось, что усиленный патологический рост эпителия обуславливается воспалительным состоянием подлежащей соединительной ткани и в дальнейшем зависит от ее регулирующего влияния. С устранением воспаления ослабляется и рост эпителия: последний окончательно дифференцируется с восстановлением первоначальной соединительной ткани.

Из других проблем злокачественные новообразования, в частности рак, постоянно служили предметом исследований. Изучался экспериментально спонтанный и трансплантированный мышинный и крысиный рак (Р. Г. Лурье, 1910—1911; К. П. Улезко-Строганова, 1913). Микроскопическим исследованием выяснялись результаты лечения его радием, начиная с 1914 г. Обращалось особенное внимание на важность ранней диагностики рака (Улезко-Строганова, 1935).

Естественно, что в силу сочетания указанных выше возможностей с организацией в 1910 г. Общества борьбы с раковыми заболеваниями, институт в лице К. П. Улезко-Строгановой занял определенное место в борьбе с раком. Была открыта городская раковая лаборатория, возглавляемая К. П. Улезко-Строгановой.

Изложенным в основном могут быть исчерпаны главнейшие научные

вопросы патоморфологии в акушерстве и гинекологии, которые разрабатывались лабораторией до Великой Октябрьской социалистической революции. За этот период в 25 лет было опубликовано 84 научных работы, из которых 51 работа принадлежит К. П. Улезко-Строгановой.

Нельзя не отметить, что в дореволюционный период научная работа лаборатории все же в значительной мере была ограничена; прежде всего сказывалось отсутствие штата лаборатории (К. П. Улезко-Строганова долгое время работала одна).

После Великой Октябрьской социалистической революции дело в корне изменилось. Научные кадры теперь воспитываются с большой заботой. Создаются условия для лучшего проведения научной работы. В 1926 г. из общей клинической лаборатории была выделена самостоятельная патолого-гистологическая лаборатория. Самый размах научной работы принял совершенно иные размеры: было расширено помещение лаборатории и утвержден штат — заведующий лабораторией и 1 ассистент. В 1928 г., после возвращения из заграничной научной командировки руководителя лаборатории К. П. Улезко-Строгановой, при лаборатории был организован кабинет тканевых культур, где был проведен ряд работ Улезко-Строгановой и Куликовской по изучению роста тканей *in vitro*; в частности, оболочек плода, децидуальной ткани, различных опухолей и др.

Научно-исследовательская работа патолого-гистологической лаборатории, развернувшаяся главным образом после Великой Октябрьской социалистической революции, проводилась в следующих направлениях:

1) изучение защитной соединительной ткани в патологических процессах; разработка вопросов гистогенеза токсокозов беременности и, в частности, эклампсии;

2) разработка вопросов по проблеме рака;

3) изучение роли гормонов и витаминов в связи с функциональной способностью женской половой сферы и др.

Изучение защитных тканей организма вообще и в женской половой сфере, в частности, получило особенный интерес только со времени выделения этих тканей Ашофом в отдельную систему, получившую название ретикуло-эндотелиальной системы (РЭС), или физиологической системы соединительной ткани.

Ввиду того огромного значения, которое имеет РЭС в организме вообще и при различных заболеваниях в частности, она всегда составляла предмет особого внимания лаборатории. Состояние РЭС изучалось с помощью метода прижизненной окраски. Был проведен ряд экспериментальных работ на животных по изучению влияния различных веществ и условий, ослабляющих и особенно активирующих РЭС. Изучались тончайшие изменения в паренхиматозных органах и половой сфере в зависимости от активации или блокирования РЭС под влиянием введения в организм различных веществ (Улезко-Строганова, Иванов, 1929; Куликовская, 1934).

Разработка этой проблемы позволила осветить биологическое значение специальных временно развивающихся тканей в связи с физиологическими процессами в организме женщины, как, например, децидуальной ткани при беременности (1937 г.), фолликула в различные периоды его роста и разрушения (1926 г.), значение цитогенной ткани эндометрия.

При патологических же процессах, в зависимости от характера раздражителя, доказано развитие различных гранулем, как, например, туберкулезного бугорка, псевдоксантомных гранулем при рассасывании жира (Строгая, 1909) и псевдоксантомных клеток при гоноррее в фаллопиевой трубе (Улезко-Строганова, 1936) и др.

Особенно четко было разработано соотношение тканей при доброкачественных разрастаниях эпителия, так называемого предкарциноматозного состояния, а также при злокачественных новообразованиях (1938).

Большое число работ патолого-гистологической лаборатории было посвящено изучению рака как у женщин, так и экспериментально у животных. Работами лаборатории, преимущественно К. П. Улезко-Строгановой, начатыми еще в 1913 г., был установлен формальный генез некоторых опухолей. В частности, был установлен гистогенез *Folliculoma ovarii* из так называемых Walthart'овских зародышевых остатков (1924 г.), фибромы яичников из сохрога *fibrosa* (1926 г.) На различного рода штаммах был проведен ряд исследований по изучению условий возникновения и роста рака под влиянием различных агентов: питания, гормонального воздействия, лучистой энергии, карциногенных веществ (1935—1939 гг.). При этом выяснилась роль РЭС.

Экспериментальными работами на животных, а также тканевыми культурами были установлены антибластические свойства нормальной гомо- и гетерологической крови (А. А. Куликовская, 1935—1938).

Особенную ценность и практическое значение имеют работы К. П. Улезко-Строгановой по ранней диагностике рака, что, как известно, является одним из важнейших условий в борьбе с раковыми заболеваниями.

Наряду с упомянутыми проблемами, в патолого-гистологической лаборатории под руководством К. П. Улезко-Строгановой было проведено большое число работ по токсикозам беременности (К. П. Улезко-Строганова, Клюков, 1928—1930).

Экспериментально было также доказано, что кровь беременных женщин при тяжелых токсикозах после введения ее подопытным животным вызывала у них глубокие изменения в паренхиматозных органах, подобные изменениям в органах женщин при эклампсии. Кроме того, была выявлена некоторая несостоятельность кроветворных органов у этих животных и изменения в периферической крови (Куликовская, 1930—1935).

В лаборатории длительное время проводились работы по ряду вопросов, в частности, по изучению изменений при специфических и неспецифических воспалительных заболеваниях женских половых

органов (Кипарский, 1907; Улезко-Строганова, 1936; Куликовская, Левит, Болгова, 1936—1937), по выяснению влияния гормональных веществ при различных патологических процессах в половой сфере (Улезко-Строганова, Мандельштам, Егоров, Куликовская, Павленко), по трансплантации тканей (Мандельштам, Куликовская).

Большие работы были проведены по изучению влияния различного вида авитаминозов на половую сферу (Яковлев, Дерчинский, Вицкая, Подзоров, Куликовская, 1932—1940).

На основании большого экспериментального материала было выявлено влияние D-авитаминоза на детородную функцию (Куликовская, 1938—1940).

В течение многих лет лаборатория принимала участие в изучении причин детской смертности (Куликовская, 1934—1941 и 1944—1945).

В последние годы перед Великой Отечественной войной в работах лаборатории большое внимание уделялось изучению действия химически чистых канцерогенных веществ в условиях активации мезенхимы, а также выяснилось значение половых гормонов в патогенезе новообразований (1926—1946 гг.). Изучались эндометриозы женской половой сферы и, в частности, образование эндометриoidных кист в яичниках.

А. А. Куликовской экспериментально, путем трансплантации эндометрия в яичники, удалось получить пролиферирующие кисты яичников, в образовании которых принимает участие эпителий слизистой матки при определенном гормональном взаимодействии между маткой и яичником в связи с нарушением кровообращения. В образовании ретенционных кист принимает участие мезотелий или покровный эпителий.

В послереволюционный период объем работы патолого-гистологической лаборатории с каждым годом увеличивался. Так, например, в 1939 и 1940 гг. в лаборатории разрабатывалось в среднем уже около 20 тем. Необходимо отметить, что организатор лаборатории и ее бессменный руководитель, заслуженный деятель науки, профессор К. П. Улезко-Строганова в своей работе не была одинока, хотя по штату долгие годы она работала одна.

В лабораторию приходили работать молодые ученые, посвящавшие себя этой области науки, работали многие аспиранты и большое число врачей акушеров-гинекологов, приезжавших с периферии для усовершенствования, которые знакомились с основами патоморфологии женской половой сферы и методами микроскопической диагностики в гинекологии.

В лаборатории работали также клиницисты института, находившие здесь экспериментальную базу для своих научных работ, в том числе и диссертационных. Следует отметить, что только на протяжении последних восьми лет до Великой Отечественной войны (1933—1941 гг.) из патолого-гистологической лаборатории института вышло 11 кандидатских диссертационных работ (Куликовская, Стальский, Полоцкий, Тибилова, Вицкая, Чинчирадзе, Завго-

родняя, Шуссер) и 6 докторских диссертаций (Подзоров, Могилев, Каплун и др.); кроме того, 3 работы выполнены иностранными врачами.

Всего же за 50 лет работы из сначала общей клинической, а затем патолого-гистологической лаборатории института по вопросам патоморфологии женской половой сферы вышло 320 работ, из них:

а) за 25 лет в период 1893—1917 — 84 работы;

б) за 25 лет после Великой Октябрьской социалистической революции до начала Великой Отечественной войны — 236 работ.

Только по одной проблеме рака из патолого-гистологической лаборатории (не считая клиник и отделений института) вышло свыше 60 работ: с 1897 по 1917 — 25 работ и с 1918 по 1941 — 37 работ.

Научные достижения лаборатории, большей частью в виде докладов, были заслушаны на ученых конференциях Акушерско-гинекологического общества, Общества патологов, на съездах, конгрессах, включая международные.

На протяжении свыше 50 лет патолого-гистологическая лаборатория выполняет не менее важную производственную работу института.

Для гистологического исследования в лабораторию поступают все пробные соскобы из полости матки и эксцизии, главным образом шейки матки, а также весь послеоперационный и отчасти секционный материал.

По имеющимся записям только за последние 30 лет лабораторией было произведено следующее количество исследований:

а) послеоперационный материал	— 7480
б) пробных соскобов	— 7698
в) пробных эксцизий	— 4361

Всего исследовано 19539

Распределение исследований клинического материала по отдельным годам показано в таблице 1.

Количество случаев микроскопических исследований клинического материала возрастало с каждым годом. Так, число их за последнее десятилетие перед Великой Отечественной войной превышало в два раза число исследований, проведенных в 1923—1932 гг. и было в 4 раза больше, чем в 1913—1922 гг. (таблица 2).

Весь материал в основном относился к воспалительным заболеваниям, эпителиальным гиперплазиям, различным новообразованиям и патологии беременности.

Не имея возможности подробно остановиться на разборе всего исследованного материала, вкратце коснусь лишь наиболее актуального вопроса о злокачественных новообразованиях за последние 10 лет.

Таблица 1

Количество гистологических исследований клинического материала, проведенных патолого-гистологической лабораторией с 1911 по 1945 г.

Год	Вы-резки	Со-скобы	Опера-ционный мате-риал	Всего	Год	Вы-резки	Со-скобы	Опера-ционный мате-риал	Всего
1913	41	66	178	285	1928	80	275	242	597
1914	68	187	168	423	1929	54	252	129	435
1915	67	222	170	459	1930	90	297	381	768
1916	46	194	204	444	1931	80	247	382	709
1917	44	135	105	284	1932	166	357	448	971
1918	52	118	90	260	1933	202	417	565	1184
1919	57	134	67	258	1934	245	535	415	1195
1920	10	47	—	57	1935	355	512	357	1224
1921	41	92	79	212	1936	533	510	436	1479
1922	36	118	39	193	1937	489	322	470	1281
1923	61	198	48	307	1938	506	455	485	1446
1924	32	145	45	222	1939	360	454	554	1368
1925	39	123	97	259	1940	143	282	278	703
1926	56	205	177	438	1941	235	230	381	846
1927	71	266	365	702	1945 ¹	102	303	125	530
Всего . . .					4361	7698	7480	19539	

Таблица 2

Число гистологических исследований с 1913 по 1941 и 1945 гг.

Годы	Число гистологических исследований	Соотношение исследо-ваний за каждые 10 лет в процентах
1913—1922	2875	14,8
1923—1932	5408	27,3
1933—1941 и 1945	11256	57,9
За 30 лет	19539	100%

¹ Год восстановления патолого-гистологической лаборатории после Великой Отечественной войны.

Общепризнанным является обоснованное положение, что более раннее хирургическое вмешательство при раке или раньше начатое лечение его лучистой энергией дает наилучшие предсказания.

Микроскопическим исследованием подозрительных соскобов и биопсий лаборатория всегда стремилась и стремится возможно раньше выявлять злокачественные новообразования и их формы. За последние 10 лет на исследуемом материале лабораторией было зарегистрировано 1023 злокачественных новообразований. Формы и локализации их показаны в таблице 3.

Таблица 3

Локализация и характер злокачественных новообразований

Локализация злокачественного процесса	Рак	Саркома	Эндотелиома	Муома Malignum	Опухоль Крукенберга	Гранулез. клеточков. опухоль	Тератома	Гипернефрома	Хорион-эпителиома	Всего
1. Наружные половые органы	10	—	—	—	—	—	—	—	—	10
2. Влагалище . . .	39	—	—	—	—	—	—	—	1	40
3. Шейка матки	556	2	—	2	—	—	—	—	1	561
4. Матка	274	14	3	3	—	—	—	—	6	300
5. Трубы	6	—	—	—	—	—	—	—	—	6
6. Яичники	64	10	—	—	11	3	2	1	—	91
7. Грудная железа	3	1	—	—	—	—	—	—	—	4
8. Пупок	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
9. Кишечник	6	—	—	—	—	—	—	—	—	6
10. Пищевод	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
11. Лимфатическая железа	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
12. Зобная железа	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	963	27	3	5	11	3	2	1	8	1023

Среди злокачественных новообразований рак составляет 94,1%; причем плоскоклеточковый рак составляет 67,8% и железистый—32,2% к общему числу раков.

Среди исследованного материала особенно большое число составляли эпителиальные гиперплазии, возникающие в связи с раздражителями как физиологическими, так и особенно патологическими, которые часто могут давать картину быстрого и атипического роста и стимулировать начало рака.

В некоторых случаях они переходят в рак, но большую часть с устранением раздражителя они задерживаются в росте и данная область приходит к норме.

В отдельных, правда, редких случаях при микроскопическом исследовании трудно предсказать дальнейшее поведение выраженных эпителиальных гиперплазий и приходится прибегать к повторным исследованиям.

С каждым годом увеличивается также число препаратов, присылаемых в патолого-гистологическую лабораторию извне; равным образом постоянно растет и число консультаций. Патолого-гистологическая лаборатория безотказно обслуживала и обслуживает в настоящее время не только ряд больниц Ленинграда, но и различных городов СССР. В течение года, не считая консультаций, число таких анализов в среднем достигает 130.

Третья важная задача лаборатории заключается в преподавательской работе с врачами, приезжающими в институт для усовершенствования, число которых достигало 200—300 человек в год, а также в проведении занятий с командированными врачами-специалистами и аспирантами института. Для всех врачей-специалистов и аспирантов, прикомандированных к лаборатории, читаются лекции в аудитории и в музее с демонстрацией богатого иллюстрационного материала и проводятся лабораторные занятия по изучению микроскопических препаратов из коллекций лаборатории; параллельно с этим врачами-курсантами осваивается техника приготовления макро- и микроскопических препаратов.

Для врачей института усовершенствования, начиная с 1904 г., читается курс «Микроскопическая диагностика в гинекологии», а с 1928 г. — курс «Нормальная и патологическая анатомия и гистология женской половой сферы».

На основании результатов изучения богатейшего материала, поступающего в лабораторию для исследования, а также многолетней научной и педагогической деятельности, руководитель лаборатории проф. К. П. Улезко-Строганова выпустила основные учебные руководства по своей специальности.

1) Микроскопическая диагностика в гинекологии (изд. I—1912 г., изд. II — 1926 г.).

2) Нормальная и патологическая анатомия и гистология женской половой сферы, 1939 г.

3) Рак и мезенхима (монография), 1940 г.

На основании изложенного можно заключить, что патолого-гистологической лабораторией ЦИАГ, которой свыше 50 лет руководила и вдохновляла в работе проф. К. П. Улезко-Строганова, создана патоморфологическая школа изучения заболеваний женской

половой сферы, хорошо известная в СССР и в зарубежных странах. Лаборатория вырастила научные кадры и подготовила многочисленные кадры врачей-специалистов в области микроскопической диагностики в гинекологии.

С начала Великой Отечественной войны, когда на базе ЦИАГ был организован госпиталь, лаборатория сразу же включилась в его работу. Благодаря тому, что лаборатория всегда изучала также вопросы общей патологии, она могла быстро переключиться на решение задач госпиталей. Так, старший научный сотрудник А. Куликовская в труднейших условиях блокады Ленинграда провела большую работу в качестве патологоанатома, возглавляя одно из крупнейших кустовых патологоанатомических отделений, обслуживавшее 14 эвакуационных госпиталей с различными профилями (общехирургический, нейрохирургический, челюстно-лицевой, туберкулезный и др.). На основе макро- и микроскопического изучения этого материала был выяснен ряд вопросов в отношении осложнений боевых травм. В связи с этим, на конференциях госпиталей было сделано 29 докладов по анализу причин смерти и оформлено несколько работ для печати (А. А. Куликовская — Осложнения черепно-мозговых ранений; Патоморфологические изменения при спинномозговых ранениях; К диагностике сепсиса и др.).

В период Великой Отечественной войны лаборатория занималась вопросами раневой инфекции, в частности, анаэробной инфекцией, изучение которой было начато еще в 1939 г. (белофинская кампания). При этом были выявлены биологические свойства раневых инфекций и их взаимодействие в отношении макроорганизма (К. П. Улезко-Строганова, Куликовская). В других работах было освещено значение периферической крови как теста для суждения о функциональном состоянии физиологической системы соединительной ткани (К. П. Улезко-Строганова). Некоторые из этих работ опубликованы, другие находятся в рукописях.

К работе по своему основному профилю патолого-гистологическая лаборатория вновь приступила в 1945 г. и вскоре полностью восстановила свою деятельность.

В 1946 г. был увеличен штат. Кроме зав. лабораторией А. А. Куликовской, ближайшего многолетнего помощника покойной К. П. Улезко-Строгановой, в лаборатории работают 1 старший и 1 младший научные сотрудники и три лаборанта. Патолого-гистологической лаборатории ЦИАГ присвоено имя заслуженного деятеля науки проф. К. П. Улезко-Строгановой.

Лаборатория продолжает научно-исследовательскую работу как в прежних, так и в некоторых новых направлениях, в частности, разрабатывает ряд вопросов, касающихся функциональной диагностики при различных циклических расстройствах половой сферы. На основании исследований в этом направлении лабораторией, по микроскопической картине соскобов эндометрия и биопсий из стенки влагалища, разработан тест для определения функционального состояния матки и яичников при длительной аменорее у женщин. Лаборатория изу-

чает реактивную способность мезенхимы у плодов и новорожденных в связи с дифференцировкой органов у них и др.

Производится изучение действия химически чистых канцерогенных веществ с целью выяснения этиологии и патогеноза злокачественных новообразований, а также характера и частоты их в половом аппарате и др.

В заключение считаю своим долгом отметить исключительную роль организатора и бессменного руководителя патолого-гистологической лаборатории заслуженного деятеля науки проф. Улезко-Строгановой (1856—1943) в создании, развитии патоморфологической школы института и в изучении разнообразных заболеваний женской половой сферы.

Будучи еще студенткой 3-го курса, К. П. Улезко-Строганова выполнила у проф. Лавдовского работу на тему: «О строении поджелудочной железы при условии ее покоя и деятельности», которая была опубликована во «Враче» № 21, 1883 г. и обратила на себя внимание.¹ В систематическую научно-исследовательскую работу по микроскопическому изучению заболеваний женской половой сферы Клавдия Петровна включилась в 1890 г. на базе клиники проф. Д. О. Отта (Институт усовершенствования врачей) в качестве сверхштатного ординатора.

Получив хорошую специальную подготовку у профессоров Лавдовского, Догеля, Подвысоцкого и работая долгое время спроф. Д. О. Оттом, К. П. Улезко-Строганова с 1904 г. перешла на работу в Повивально-гинекологический институт. По своей специальности Клавдия Петровна проработала более 50 лет, разрабатывая ряд сложных и актуальных проблем, касающихся в основном изучения реактивной защитительной ткани организма (начиная с 1908 г.) и проблемы рака, главным образом, по уточнению ранней микроскопической диагностики его, а также по целому ряду других вопросов, относящихся к заболеваниям женской половой сферы (токсикозы беременности, воспалительные заболевания, действие гормонов и др.). К. П. Улезко-Строганова постоянно следила за достижениями науки в своей области в СССР и за границей и в своих работах всегда была в числе передовых исследователей своего времени.

За 60 лет научной деятельности К. П. Улезко-Строганова опубликовала свыше 125 научно-исследовательских работ на русском, французском и немецком языках. Она постоянно выступала с научными докладами на многих ученых конференциях, обществах, съездах и конгрессах, включая и международные (в Париже 1900 г., С.-Петербурге 1910 г., Лондоне 1913 г.).

К. П. Улезко-Строганова, являясь врачом-педагогом и исследователем-теоретиком, была и большим общественником. Будучи еще сравнительно молодым врачом, она уже состояла членом многих обществ (секретарь Общества взаимной помощи женщин-врачей,

¹ См. статью Truhart Med. Wochn., № 52, 1904 г.

секретарь Общества борьбы с раковыми заболеваниями, член-учредитель Общества патологов и член Акушерско-гинекологического общества). Клавдия Петровна была одним из организаторов Всесоюзной конференции женщин-ученых в Ленинграде в 1937 г. и была избрана ее председателем. В течение 10 лет Клавдия Петровна заведывала Городской лабораторией по микроскопической диагностике рака.

60 лет научной работы К. П. Улезко-Строгановой — целая эпоха. За это время в патологии происходили огромные сдвиги, намечались и создавались новые направления. То, что для многих являлось историей нашей науки, Клавдией Петровной было пережито, как волнующая текущая действительность. Она всегда живо и активно откликалась на все новые веяния научной мысли и на запросы практической жизни.

Вместе с глубокими знаниями, это выдвигало ее как одного из крупнейших патологов в СССР, особенно в избранной ею области.

За свою выдающуюся 60-летнюю научную, педагогическую и общественную деятельность, за разработку научной тематики военного времени, направленной на улучшение лечебного дела госпиталей, Указом Президиума Верховного Совета СССР заслуженный деятель науки проф. К. П. Улезко-Строганова была награждена орденом Трудового Красного Знамени.

К. П. Улезко-Строганова являлась ярким примером научного деятеля-энтузиаста и патриота своей великой Родины.

Музей института

Неотъемлемой частью патолого-гистологической лаборатории является музей института, который был присоединен к ней в 1935 г. Экспонаты музея состоят из коллекции тазов, патологоанатомических препаратов, коллекции старейшего акушерского и гинекологического инструментария и ряда учебных пособий.

В организации и собирании экспонатов музея активное участие принимали д-р Н. С. Канегиссер, д-р Шкловский, К. П. Улезко-Строганова, проф. Б. В. Преображенский и д-р И. В. Белугин. Последний, будучи заведующим музеем (1918—1927), провел ценную и большую работу по приготовлению демонстративных препаратов с сохранением естественной окраски. Некоторые из препаратов были фиксированы по способу, предложенному проф. Г. В. Шором.

Расположенный в специально оборудованном помещении в здании института, музей всегда привлекал внимание своими экспонатами и коллекцией тазов (по величине 3-я в мире), организованной еще проф. Баландиным.

Эта коллекция была пополнена и описана проф. Преображенским, который составил на нее систематический каталог.

В 1935 г., когда музей был присоединен к патолого-гистологической лаборатории, заведывание им было поручено старшему научному сотруд-

нику лаборатории А. А. Куликовской. Музей быстро был восстановлен и значительно расширен. Были организованы два новых отдела — Отдел динамического развития плода и Отдел хронических воспалительных заболеваний. Кроме того, было увеличено число экспонатов по кистам яичников, злокачественным новообразованиям и аномалиям развития плода.

В музее была пополнена коллекция уродств, препаратов внематочных беременностей и собраны экспонаты по общей патологической анатомии.

За период Великой Отечественной войны экспонаты музея были дополнены большим материалом по черепно-мозговым и другим ранениям.

С 1935 г. в музее проводятся лекционно-демонстративные занятия с врачами по нормальной и патологической анатомии женской половой сферы. Кроме того, в музее ведется большая санитарно-просветительная работа среди больных и служащих института путем проведения экскурсий. Музей проводит вспомогательно-учебную работу, обслуживая лекции преподавателей соответствующим иллюстрационным материалом и учебными пособиями.

Ст. научн. сотр. Д. А. КРАВЕЦ

Обзор деятельности биохимического отделения ЦНАГ (1926—1946 гг.)

По пути равномерного развития как акушерской, так и гинекологической деятельности Повивальный институт пошел с 1893 г. по 1894 г., т. е. со времени вступления на должность директора Д. О. Отта («Сто лет деятельности Клинического повивального института»).

Получив прекрасную общую подготовку по гистологии, бактериологии и физиологии, Д. О. Отт «еще на заре русской гинекологии», больше чем кто-либо, отлично понимал всю ценность и необходимость применения теоретических дисциплин в развитии отечественной гинекологии и акушерства. Вот почему Д. О. Отт, вступив в должность директора Повивального института в 1893 г., прежде всего учредил «клиническую лабораторию для бактериологических, микроскопических и химических исследований».

В дальнейшем при постройке и оборудовании нового здания была предусмотрена организация трех лабораторий: патогистологической, физиологической и бактериологической. Но так как физиологическая лаборатория функционировала недолго, бактериологическая — с перерывами, то патолого-гистологическая лаборатория, работавшая непрерывно, была фактически той «общей клинической лабораторией», где производились все патолого-гистологические анализы, и проводились лишь отдельные клинические исследования (А. Л. Владыкин).

Вот почему в 1924 г. в дополнение к уже существовавшей общей клинической лаборатории института были открыты небольшие клинические лаборатории при некоторых клиниках института, а именно: при клинике послеродовых заболеваний, отделении беременных, акушерской и гинекологической клиниках. Это дало возможность шире поставить дело лабораторно-клинических методов исследования и

более тщательно изучать клинический материал, так как отсутствие специалистов-лаборантов в общей клинической лаборатории не давало возможности широко пользоваться ею для общеклинических исследований. Вновь открытые при клиниках лаборатории обслуживались ординаторами соответствующих клиник.

Значительные успехи, достигнутые в то время в области физики, химии и, в частности, биохимии, привели к необходимости более глубокого изучения процессов человеческого организма этими методами. С целью широкого применения и использования новых клиничко-лабораторных методов исследования для изучения женского организма в институте в конце декабря 1925 г. была организована специальная биохимическая лаборатория с общеклиническим отделом «б. общей клинической лаборатории», реорганизованной затем также в специальную патолого-гистологическую лабораторию. Таким образом, в Центральном институте акушерства и гинекологии фактически с 1926 г. • начала функционировать самостоятельная специальная биохимическая лаборатория, в основу которой легло углубленное изучение обмена веществ в женском организме, как у здоровой, небеременной женщины, так и у женщины с нормальным или патологическим течением беременности, а также при наличии гинекологических заболеваний. Лаборатории было предоставлено специальное помещение и приглашен в качестве заведующего специалист в лице доцента О. С. М а н о й л о в о й, которая организовала биохимическую лабораторию. В 1930 году с увеличением штата биохимической лаборатории все существовавшие ранее при клиниках небольшие клинические лаборатории были ликвидированы, и вся общелабораторно-клиническая работа была сконцентрирована в биохимической лаборатории. С этого момента в биохимической лаборатории института имелось два раздела: биохимический и общеклинический.

С 1931 г. заведующим биохимической лабораторией состоял В. В. Б л а н к, а с 1935 г. этой лабораторией заведует автор настоящего обзора. С 1946 г. биохимическая лаборатория (по структуре ЦИАГ) именуется как биохимическое отделение, в которое входят биохимическая, клиническая и витаминная лаборатории. В настоящее время витаминная лаборатория выделена в самостоятельную лабораторию.

Биохимическое отделение в настоящее время занимает помещение в 1-м этаже здания площадью в 180,9 кв. метра и состоит из 4 комнат. В 1-й, размером 108,2 кв. метра, помещается биохимическая лаборатория, во 2-й, небольшой, — операционная для экспериментальных животных, в 3-й — клиническая лаборатория. В 4-й комнате проводятся все практические занятия по биохимии и клинической микроскопии с младшими научными сотрудниками института, с аспирантами и врачами-курсантами. Лаборатория оборудована хорошим лабораторным инвентарем, в достаточном количестве снабжена специальной аппаратурой и посудой и по мере надобности снабжается химикалиями и реактивами.

Штат лаборатории приведен в ниже помещаемой таблице:

Наимен. должн.	Годы									
	1926— 1930	1931— 1932	1933	1934	1935	1936— 1938	1939— 1941	1945	1946	
Заведующий	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Научн. сотр.	—	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	2	4	
Лаборанты	—	—	0,5	0,5	1	1,5	2	3,5	5	
Санитарки	1	1	1	1	1	1	1,5	1,5	2	
Всего	2	3	3,5	4	4,5	5	6	8	12	

В годы Великой Отечественной войны и блокады Ленинграда, когда в здании Центрального института акушерства и гинекологии был развернут военный эвакуогоспиталь, на базе биохимического отделения была развернута лаборатория госпиталя с отделениями: клиническим, биохимическим и бактериологическим. К сожалению, в эти тяжелые годы блокады часть аппаратуры и имущества лаборатории института сильно пострадала. Но уже в первый после блокады год при непосредственном содействии директора института проф. С. А. Я г у н о в а была проделана большая работа по пополнению аппаратурой, посудой, реактивами и химикалиями всех лабораторий биохимического отделения.

В биохимической лаборатории с момента ее организации проводится научно-исследовательская, педагогическая и производственная работа.

I. Научно-исследовательская работа

Еще задолго до официального открытия специальной биохимической лаборатории и приглашения соответствующего специалиста в лабораторию некоторые научные сотрудники института уже начали пользоваться в своих работах биохимическими методами исследований и этим самым как бы способствовали внедрению новых биолого-химических методов в работу тогда еще существовавшей «общеклинической лаборатории» института.

Прежде всего следует указать на то, что сам Д. О. О т т еще в ранние годы своей научной деятельности занимался изучением вопроса обмена веществ. Его работа по обмену веществ между матерью и плодом послужила темой для лекции на звание приват-доцента (Л. И. Б у б л и ч е н к о). Далее следует указать на работы А. Э. М а н д е л ь ш т а м а «Современные биолого-химические методы исследования в гинекологии и акушерстве» (1927); Р. Г. Л у р ь е «Реакция Абдергальдена в акушерстве» (1912) и «Флоридзиновая проба при

«Беременности» (1924); Г. А. Бакшта «Беременность и обмен веществ» (1927); Е. И. Гуревич «Определение пола плода по химической реакции крови матери» (1924) и др.

Проф. А. Э. Мандельштам в своей монографии «Современные биолого-химические методы исследований в гинекологии и акушерстве» указал на основные из новых в то время биолого-химических методов исследований, применявшихся в акушерстве и гинекологии. Все эти методы были глубоко изучены автором и проверены на большом клиническом материале. Этой книгой проф. Мандельштам особенно ярко подчеркнул исключительную роль «биолого-химического направления» в изучении вопросов физиологии и патологии женской половой сферы и помог привить эти методы исследований врачам акушерам и гинекологам в их научной и практической работе.

С 1926 г., т. е. с момента организации самостоятельной специальной биохимической лаборатории и приглашения квалифицированного специалиста, научная работа биохимической лаборатории приобрела определенную целеустремленность и плановость. Ведущее место в первый период работы лаборатории заняли вопросы по изучению обмена веществ при нормальной и патологической беременности.

Исследователи полагали, что изучение обмена веществ при нормальной и патологической беременности поможет, в известной мере, выяснить сущность и причины прежде всего целого ряда заболеваний, как-то: неукротимая рвота, нефропатия, эклампсия и т. д., объединяемых в группу так называемых токсемий беременности.

Вопросы токсемий беременности всегда привлекали особое внимание как акушеров-клиницистов, так и теоретиков. Надо было найти причины, вызывающие токсемии беременности, и, выявив их, выработать соответствующую терапию и профилактические мероприятия, которыми можно снизить заболеваемость. Исходя из этих предпосылок, биохимическая лаборатория института, как я уже указал, приступила в первую очередь к изучению обмена веществ при нормальной и патологической беременности, включив в свой план изучение белкового, минерального, углеводного и других видов обмена веществ.

Белковый обмен

Белковому обмену в живом организме принадлежит значительная роль. Стремясь уловить изменения метаболизма белков при нормальной и патологической беременности, Богоров (1928) исследовал содержание остаточного азота и главного его компонента — мочевины в крови и аммиака в моче указанных групп беременных женщин. В результате исследования было установлено, что во время беременности и родов содержание в крови остаточного азота и мочевины несколько понижено; после родов содержание их быстро нарастает, в особенности мочевины.

При нефропатии беременных в большинстве случаев отмечается умеренное понижение относительных цифр мочевины при некотором повышении остаточного азота. Суточное количество аммиака мочи, как

и концентрация его в моче, довольно значительно повышены, по сравнению с тем, что автором было получено в конце нормально протекающей беременности. Автор отмечает, что наблюдающуюся у нефропатов гипофункцию печени в отношении синтеза мочевины следует признать для данных случаев явлением благоприятным. При нефритах беременных содержание остаточного азота и особенно мочевины резко повышено, но менее, чем при соответствующих заболеваниях у небеременных.

Поэтому автор считает, что исследования остаточного азота и мочевины с учетом их соотношения могут быть с успехом использованы в качестве подсобного средства при дифференциальной диагностике между нефропатией и нефритом беременных. При эклампсии во время родов имеется умеренное повышение абсолютных и относительных цифр мочевины и остаточного азота, что, вероятно, зависит от известного нарушения функции почек в отношении выведения азота.

Проф. Лурье (1935 г.), изучая содержание полипептидов в крови матери и плода («Обмен веществ между матерью и внутриутробным плодом»), приходит к выводу, что белковый обмен между матерью и плодом происходит на основе физической проходимости последа.

Минеральный обмен

Изучению минерального обмена при нормальной и патологической беременности были посвящены работы Лурье, Манойловой, Гец, Шипуновой, Богорова, Перовой, Шалыт и др.

Проф. Лурье (1928 г.), изучая содержание Са и К в крови женщин с различными сроками беременности, отмечает, что уровень Са в крови понижается с увеличением срока беременности; при токсемиях беременности уровень Са ниже, чем при нормальной беременности.

Богоров (1930 г.) в своих исследованиях содержания Са при послеродовых заболеваниях нашел, что при тяжелых послеродовых заболеваниях имеется довольно значительное понижение содержания Са в крови в сравнении с нормальным пуэрперием, а при местных послеродовых заболеваниях — лишь незначительное снижение. Автор приходит к заключению о целесообразности проведения Са-терапии при тяжелых послеродовых заболеваниях.

Исследованиями Манойловой и Гец (1927 г.) установлено, что в крови женщин во время родового акта наблюдается повышение Са и Р по сравнению с содержанием их в крови беременных. Интересным в данном случае является соотношение Са и Р в крови матери к содержанию их в крови пуповины, т. е. крови, прошедшей через плаценту и переработанной ею. При этом отмечается повышение Са и Р в пуповине по сравнению с кровью матери, что позволило авторам предположить, что «плацента является органом секреторным, перерабатывающим строительный и питательный материал, подвозимый кровью матери, согласно нуждам растущего организма. Гиперкальцемия является ответной реакцией на изменение тонуса в. н. с.». Здесь же

следует указать на работу Турдаковой и Гершкович (1941 г.), которые, определяя количество К, Са и Р в свежей и консервированной плацентарной крови, установили, что количество К, Са и Р в свежей плацентарной крови значительно выше, чем в крови матери. С первых же дней консервации крови происходит прогрессивное нарастание Р и особенно К; количество Са мало изменяется.

Хлоридовый обмен уже давно фиксировал на себе внимание многих теоретиков и клиницистов. Хлор, связанный главным образом с натрием, играет исключительную роль в поддержании осмотического равновесия в тканях и жидкостях организма. Особый интерес представляет выяснение «солевого равновесия» в крови нормальных и отечных беременных женщин в связи с развивающимся плодом.

Изучением этого вопроса занималась Шипунова («Хлориды в крови беременных») (1928 г.).

Автор исследовала солевой обмен у нормальных беременных, у беременных с отеками и у небеременных и получила при исследовании цифры с разницей во втором знаке. Эти незначительные колебания нельзя связать со сроком беременности и отеками, принимая во внимание влияние всех привходящих моментов.

Интересно отметить при этом, что Манойлова, Уточникова и Маслова (1935 г.) при исследованиях хлоридов в лохиях установили, что хлоридов в лохиях первородящих значительно больше, чем в крови. Среднее содержание хлоридов в патологическом послеродовом периоде в лохиях также больше, чем в крови.

Доц. Н. Н. Кубе (1929 г.), занимаясь изучением содержания NaCl в крови новорожденных, нашел, что количество NaCl в крови новорожденных меньше, чем в крови матери, причем небольшие колебания в содержании NaCl зависят от возраста новорожденного и веса его. С возрастом содержание NaCl увеличивается.

Дорон показала, что содержание NaCl в моче, взятой катетером сразу после рождения ребенка, совершенно ничтожно.

Углеводный обмен

Вопрос о содержании сахара в крови, его изменение под влиянием различных условий, давно уже привлекал к себе внимание исследователей.

Было установлено, что при заболеваниях печени кривая колебания сахара в крови не носит того характера, который она имеет у здоровых. Иными словами, характер кривых сахара может служить указанием на функциональное состояние печени. Изучению углеводного обмена при беременности было посвящено значительное количество работ, ибо исследователи таким путем пытались подойти к разрешению вопроса о «печени беременных».

Здесь следует указать на работы Водяхиной «К вопросу об углеводном обмене при нормальной и патологической беременности» (1930 г.), Шалыга «О содержании сахара в крови матери и плода»

во время родов» (1927 г.), Кравец и Егорова «О влиянии искусственного аборта на углеводный обмен» (1939 г.), Гершкович «Биохимические свойства консервированной плацентарной крови» (1941 г.), Шмидт «Углеводный обмен у новорожденных» (1935 г.) и др.

Авторы установили своими исследованиями, что кривая сахара после нагрузки при токсемиях беременности резко отличается от кривой здоровых женщин, что указывает на функциональную недостаточность печени.

Анализ кривых при нефропатии беременных и при нефрите при беременности может служить подсобным средством для проведения точной дифференциальной диагностики.

Сахар в крови рожениц значительно колеблется во время родов, но большей частью не выходит из пределов нормы. После родов количество сахара обыкновенно возрастает, доходя преимущественно у первородящих до гипергликемии.

Количество сахара в крови плода и у новорожденных меньше, чем у матери. К таким же результатам в своих исследованиях пришла и Федорушкова.

Манойлова, Уточникова и Маслова (1935 г.) занимались изучением химизма лохий. Они поставили перед собой задачу выяснить, отражает ли состав лохий состав крови, и определяли содержание сахара, молочной кислоты и ферментов в лохиях. Это, по их мнению, «могло бы до известной степени быть использовано для объяснения тех факторов, которые обнаруживают задерживающее или благоприятствующее влияние на вегетацию бактериальной флоры, находящейся во влагалище в первые часы и дни после родов».

Сопоставляя соотношение между содержанием сахара, молочной кислоты и фермента в крови и лохиях, они пришли к заключению, что химический состав лохий значительно отличается от химического состава крови, что заставляет считать лохии до известной степени самостоятельным секретом матки.

Содержание сахара в лохиях ниже, чем в крови, и только в патологическом послеродовом периоде несколько приближается к цифрам крови.

Содержание молочной кислоты в лохиях в большинстве случаев значительно выше по сравнению с кровью. Каталазное число резко снижено по сравнению с цифрой каталазы в крови.

Кравец, Майзель, Губанова (1933 г.) определяли содержание молочной кислоты в крови беременных и родильниц («Содержание молочной кислоты в крови беременных и родильниц»). Они установили, что количество молочной кислоты во второй половине беременности больше, чем в первой половине и что при нефропатиях количество молочной кислоты повышается.

Гершкович (1941 г.) в своей работе установила, что содержание молочной кислоты в свежей плацентарной крови находится на максимальных физиологических цифрах.

Ферменты

«Учение о ферментах — этих подлинных двигателях всех процессов, протекающих в живых организмах, по праву может считаться центральным разделом современной биохимии» (Бах-Энгельгард). Поэтому естественно, что биохимическая лаборатория уделяла соответствующее внимание вопросам роли ферментов при беременности. Здесь можно привести работы Шепетинской «Диастатическая функция крови и мочи у матери и плода» (1927 г.), Перовой «Каталаза крови у беременных и новорожденных» (1927 г.), Бровкин «Каталаза при септических послеродовых заболеваниях» (1927 г.) и др.

Шепетинская пришла к выводам, что при патологически протекающей беременности уровень диастатического фермента повышается; однако содержание амилазы мочи не может служить для дифференциального диагноза между нефритом и предэкламптическим состоянием. Во время родового акта диастатическая сила увеличивается.

Бровкин установил, что, по сравнению со здоровыми роженицами, содержание каталазы у септических больных понижено и что резкое падение каталазного числа при послеродовых заболеваниях может служить основанием для неблагоприятного прогноза.

Для изучения окислительно-восстановительных процессов при беременности биохимическая лаборатория проводит большую серию исследовательских работ. Часть из них уже окончена, часть работ заканчивается. Из опубликованных работ можно указать на работы Д. А. Кравец: 1) «Динамика глутатиона при беременности» (1936 г.); 2) «Содержание глутатиона в крови при послеродовых лихорадочных заболеваниях» (1940 г.); 3) «К вопросу об окислительно-восстановительных процессах у беременных кроличих в связи с полетами» (1936 г.); Кравец и Любимова «Содержание глутатиона в крови парашютисток» (1936 г.) и др. Во всех приведенных работах авторы подробно изучили динамику глутатиона как при нормальной и патологической беременности, так и при других состояниях организма.

Работы по специальным вопросам

Далее необходимо указать на целый ряд работ, выполненных биохимической лабораторией по отдельным вопросам.

Так, например, вопросу ацидоза и алкалоза при беременности была посвящена работа Лурье, Кравец и Рейнике (1934 г.) «Кислотно-щелочное равновесие при некоторых токсемиях беременности». Авторы установили, что при беременности имеет место компенсированный ацидоз.

Гуревич (1929 г.), определяя резервную щелочность в крови при беременности, пришла к тем же результатам (Манойлова).

Кравец (1938 г.) в своей работе «Картина белой крови при послеродовых заболеваниях» и Гептнер (1927 г.) в работе «Лейкоцитарная гемограмма и ее значение при септических послеродовых

заболеваниях» отмечают изменение белой крови при послеродовых заболеваниях.

И, наконец, следует указать на работу Робачевского и Бровкина «Свертываемость и вязкость крови при послеродовых заболеваниях» (1927 г.), а также на работу Микеладзе «К вопросу о билирубинемии у беременных и рожениц» (1929 г.).

Вопросы изучения обмена веществ при нормальной и патологической беременности продолжают быть предметом дальнейших работ биохимического отделения института.

В план научных работ биохимической лаборатории института были также включены и вопросы изучения обмена веществ при различных гинекологических заболеваниях. Особое место в этом разделе занимали вопросы изучения биохимических изменений при злокачественных и доброкачественных новообразованиях.

Шепетинская и Кафитина (1928 г.), изучая минеральный состав крови при доброкачественных и злокачественных опухолях половых органов, установили, что минеральный состав крови (Са, К, Na, Р) как при фибромах, так и при раке оставался почти без изменений, если не считать тех незначительных колебаний, которые имели место в отдельных случаях. Что касается содержания Р, то при фибромах в большинстве случаев оно колеблется в пределах нормы, при злокачественных же новообразованиях (раке) наблюдалось резкое понижение содержания Р (почти в 70% случаев).

Шалыт и Соколов (1930 г.) при исследовании содержания сахара и хлоридов в крови женщины при различных опухолях женской половой сферы установили, что у больных, страдающих фибромиомами, наблюдается некоторая склонность к гипергликемии и гиперхлоремии. Кривая сахара после нагрузки поднимается у них выше и держится дольше по сравнению с нормой.

У больных, страдающих опухолями яичников, также отмечается определенная невыносимость к углеводам, но она менее постоянна, чем при миомах матки. В отношении хлоридов ничего характерного для этого заболевания авторы отметить не могли.

Больные, страдающие раком матки, обнаруживают в отношении углеводного обмена некоторое непостоянство, в отношении же содержания хлоридов в крови у них можно было отметить незначительную гиперхлоремию.

Интересные данные получили Бровкин и Шершун (1930 г.), изучая содержание каталазы и липазы в крови у больных, страдающих злокачественными и доброкачественными новообразованиями женской половой сферы. Они установили, что при доброкачественных новообразованиях женской половой сферы наблюдается незначительное понижение каталазы и липазы крови; а при злокачественных новообразованиях отмечается более значительное понижение каталазы и липазы крови.

Каталазное число резко снижается у больных в послеоперационном периоде, протекающем с повышением температуры, чего не наблю-

дается у больных, у которых послеоперационный период протекает безлихорадочно.

При определении количества сахара и молочной кислоты в крови и ликворе при раке женских половых органов **Ма ж б и ц** и **Ма ц к е в и ч** (1936 г.) нашли в ликворе большинства раковых больных **некоторое** повышение содержания молочной кислоты.

Изучению химического состава содержимого различных кист посвящены работы **Шепетинской**, **Кафитиной**, **Шалыт**, **Манойловой**, **Бровкина** и др.

При исследовании минерального состава (Са, К, Р, Cl, Na) жидкости фолликулярных кист и различных видов кистаденом **Шепетинская** и **Кафитина** установили большой предел колебаний указанных элементов, вследствие чего средние цифры в диагностическом отношении теряют свое значение. Минеральный состав жидкости кист желтого тела своим повышенным содержанием Na, Cl и в особенности Р резко отличается от минерального состава жидкости персистирующего фолликула.

Минеральный состав жидкости паровариальных, тубовариальных и дермоидных кист также различен.

Шалыт (1929 г.) в работе «Некоторые химические особенности содержимого различных мешетчатых образований **женской половой** сферы» пришел к выводам, что содержание солей в новообразовательных кистах больше, в ретенционных — равно или незначительно больше, чем в сыворотке крови больных.

Содержание редуцирующих веществ в ретенционных фолликулярных кистах равно или незначительно меньше, чем в крови **больных**. По химическому составу содержимого можно судить в большинстве случаев о характере мешетчатого новообразования.

Реакция содержимого овариальных кист, по данным **Манойловой** и **Бровкина** (1929 г.), колеблется от $Rh=7,5$ до $Rh=8,4$ (**Манойлова**).

Шепетинская и **Кафитина** (1928 г.) в своих исследованиях «О взаимоотношении функции яичника с минеральным составом крови» показали, что при гиперфункции яичника содержание Са — на высших пределах нормы, цифры же К — заметно снижены; фосфор, натрий, хлориды — в пределах нормы.

При пересадке яичника при вторичной аменорее **минеральный** обмен изменяется индивидуально (**Манойлова**).

Изучая течение послеоперационного периода после гинекологических операций, **Гуревич**, **Шаталова** и **Могилев** в своих работах («Резервная щелочность крови в послеоперационном периоде у гинекологических больных», 1935 г. и «К вопросу о послеоперационной кетонурии», 1928 г.) отметили, что послеоперационный ацидоз представляет собой сложный симптомокомплекс, состоящий из явлений понижения резервной щелочности крови, повышения кислотности мочи, ацетонурии и т. д. и что так называемый послеоперационный ацидоз является выражением потери окислительных способностей клетками организма.

Ряд работ, проведенных в биохимической лаборатории, посвящен изучению различных вопросов гематологии. Из них следует отметить: «Гематологические изменения при комбинированном радио-рентгено-лечении больных, страдающих раком шейки матки» (П о л у б и н с к и й и К р а в е ц, 1940 г.), «К вопросу о местных изменениях крови в области гонорройного поражения» (К р а в е ц и Б е к к е р, 1939 г.), «Влияние вакцинотерапии на некоторые морфологические и биохимические изменения крови» (В и ц к а я, 1929 г.), «Картина крови при затяжной аменоррее военного времени» (Ш е с т о п а л, 1945 г.), «Физико-химические изменения крови при воспалении» (Б л а н к, 1934 г.) и др.

Во всех этих работах авторы указывают на изменения со стороны крови при тех или иных гинекологических заболеваниях.

Ряд работ биохимического отделения был выполнен по специальным вопросам гинекологии. Следует отметить работу М о г и л е в а «Значение углекислоты в профилактике послеоперационных осложнений» (1930 г.), в которой автор говорит, что угольная кислота, как сильный раздражитель дыхательного центра, является ценным терапевтическим и профилактическим средством в борьбе с осложнениями, которые возникают во время наркоза и на протяжении самой операции.

Р у б е л ь в работе (1945 г.) «О некоторых биохимических показателях крови при затяжной аменоррее военного времени» установила резкую гипопротейнемию с одновременным относительным увеличением содержания глобулиновой фракции и увеличением количества Са у указанной группы больных.

Следует упомянуть также работы В и ц к о й (1928 г.) «Влияние грязелечения на изменения крови», О з о л и н а (1930 г.) «Влияние некоторых гормонов на содержание молочной кислоты и сахара в крови», Б л а н к (1936 г.) «Исследование мочи» — специальная глава в книге М а ж б и ц а «Акушерско-гинекологическая урология» и др.

В период войны с белофиннами (1939—1940 гг.), когда на базе Центрального института акушерства и гинекологии был развернут хирургический госпиталь, биохимическая лаборатория провела серию научных работ на тему: «О некоторых особенностях обмена веществ при гноеродной и газовой инфекциях», в которую вошли следующие работы:

- 1) «Кислотно-щелочное равновесие при гноеродной и газовой инфекции».
- 2) «Белковый обмен при газовой и гноеродной инфекции».
- 3) «Углеводный обмен при газовой инфекции».
- 4) «Каталаза крови при газовой и гноеродной инфекции».
- 5) «О буферных свойствах мочи при газовой и гноеродной инфекции».
- 6) «Картина белой крови при газовой инфекции».

В данной серии работ принимала участие и бригада научных сотрудников Ленинградского университета.

В годы Великой Отечественной войны (1941—1945 гг.), когда в ЦИАГ был развернут военный специализированный нейро-хирургиче-

ский и челюстно-лицевой эвакогоспиталь, проводились научные работы по разделам, связанным с нейро-хирургией и челюстно-лицевой хирургией, а именно:

1. «Изменение спинномозговой жидкости при инфекционных осложнениях черепно-мозговых ранений».
2. «К вопросу о циститах при огнестрельных повреждениях спинного мозга».
3. «Баланс витамина С при челюстно-лицевых ранениях».
4. «Микрофлора черепно-мозговых тканей».
5. «Содержание сульфидина в крови и спинномозговой жидкости при лечении им менингитов огнестрельного происхождения».
6. «К вопросу о содержании стрептоцида в крови при местном его применении».
7. «Содержание фосфора, хлоридов, Са и К в спинномозговой жидкости при огнестрельных ранениях черепа и мозга».
8. «Микробиология ран и осложнений при огнестрельных ранениях позвоночника и спинного мозга».
9. «К биологии пиогенных кокков вяло гранулирующих ран при местном применении стрептоцида».

В заключение необходимо отметить, что за отчетный период времени опубликовано несколько методов биохимических исследований, усовершенствованных лабораторией. Здесь можно указать на «Колометрический метод определения сульфатов в моче» (Скороходов, 1931 г.), «Определение молочной кислоты в крови по Фридеману — Котонио — Шаферу» (Манойлова — Озолин, 1930 г.); «О фиксанале» (Скороходов, 1929 г.), «Методы гематологических исследований» (Бланк, 1935 г.).

Всего на базе биохимического отделения за двадцатилетие его самостоятельной деятельности было выполнено 72 научных работы, из которых 57 работ — по вопросам, связанным с акушерством и гинекологией, и 15 работ — с общей хирургией, нейрохирургией и челюстно-лицевой хирургией.

II. Педагогическая работа

Педагогическая работа биохимической лаборатории заключается: а) в систематических занятиях по курсу клинической биохимии и гематологии с аспирантами, интернами и экстернами; б) в занятиях с врачами-курсантами, приезжающими в институт для усовершенствования и специализации.

Врачам-курсантам читается специальный курс «Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии» и проводятся практические занятия по избранным разделам клинической биохимии и гематологии.

III. Производственная работа

Производственная работа биохимического отделения института заключается в выполнении всех анализов, поступающих из отделений.

и клиник института. Сюда относятся: общие исследования крови, мочи, исследования желудочного сока и т. д. и все биохимические анализы производственного характера. Вся производственная работа выполняется исключительно сотрудниками лаборатории.

Суммарное количество производственных анализов представлено в следующей таблице:

Год	Количество анализов (лаб. едн.)	Год	Количество анализов (лаб. едн.)
1926	225	1937	21.534
1927	438	1938	23.631
1928	541	1939	25.020
1929	601	1940	15.641 (за 5 мес.)
1930	802	1941	20.846 (за 6 мес.)
1931	2.060	1942	0
1932	6.286	1943	0
1933	8.809	1944	780 (за 2 мес.)
1934	10.089	1945	25.512
1935	13.042	1946	37.221
1936	15.840		

В заключение можно сказать, что биохимическая лаборатория института совместно с его клиниками достаточно полно изучила основные вопросы обмена веществ как при нормальной и патологической беременности, так и при некоторых гинекологических заболеваниях.

Но работы впереди еще очень много.

Ближайшие задачи биохимического отделения определены планом научно-исследовательской работы института на IV Сталинскую пятилетку.

В этом аспекте в работе биохимического отделения особое внимание уделяется вопросу изучения химизма гладкой мышцы (матки) в дородовом, родовом и послеродовом периоде и вопросу изучения обмена веществ методом ангиостомии.

Метод ангиостомии, предложенный проф. Лондоном для изучения интермедиарного обмена веществ, сыграл, как известно, довольно крупную роль в деле разрешения многих вопросов органного метаболизма.

Периферическая кровь не может дать истинного представления о процессах обмена, протекающих в том или ином органе. Можно без

преувеличения сказать, что только благодаря ангиостомии мы получили ясное понимание динамики многих видов обмена в сложном организме в условиях физиологического эксперимента.

Например, в отношении углеводного обмена подробно установлена роль отдельных органов в механизме углеводного обмена: печени, кишечника, поджелудочной железы, и их коррегирующие взаимоотношения.

Вполне естественно, что в условиях изменения физиологического состояния какого-либо органа — системы, особенно в условиях патологии, должно произойти нарушение обменных взаимоотношений и взаимовлияний. Эти нарушения имеют в каждом органе свою определенную биохимическую характеристику. Выявить последнюю и установить значение этих сдвигов в развитии и течении процесса можно методом ангиостомии. Поэтому эти исследования могут и должны найти широкое применение в эксперименте по вопросам акушерства и гинекологии. Такой путь исследовательской работы, как нам кажется, может оказать существенное значение в деле выяснения роли биохимических органических изменений в развитии и течении процессов в половом аппарате.

В частности, несомненный интерес представляют исследования по вопросу влияния беременности, послеродовых заболеваний на обменную функцию печени, и обратно — влияние нарушений функций печени на течение беременности.

Установление биохимического, органического «зеркала» обмена веществ при различном состоянии полового аппарата и других органов, выявление их биохимической связи поможет выяснить истинное значение нарушений корреляции органического метаболизма в развитии многих патологических процессов женского полового аппарата и тем самым, возможно, наметить и некоторые пути терапевтических мероприятий.

Исходя из этих соображений, мы развернули в биохимическом отделении соответствующий экспериментальный раздел, и уже с 1946 г. приступили к изучению вопросов биохимических взаимосвязей женского полового аппарата с функцией печени методом ангиостомии.

Ст. научн. сотр. А. А. СИНИЦКИЙ

Развитие и направление деятельности бактериологического отделения ЦИАГ

Создатель и организатор ныне существующего Центрального института акушерства и гинекологии — проф. Д. О. Отт уже на заре XX века реально осознал необходимость и значимость микробиологических методов исследования в акушерстве и гинекологии и при постройке нового здания, в котором институт отмечает свой 150-летний юбилей, выделил специальный, отдельный корпус для размещения прозекторской и бактериологической лабораторий. Однако в ту пору бактериологическая лаборатория не имела еще в своем составе штатного бактериолога, да и круг выполняемых ею задач был ограничен. Между тем, в бактериологической лаборатории сотрудники института постоянно проводили те или другие исследования, на первых порах под руководством прозектора института проф. В. А. Таранухина, а затем (с 1912 г.) под руководством проф. Л. И. Бубличенко, который со своими сотрудниками по клинике послеродовых заболеваний и сотрудниками других клиник и отделений института осуществлял проведение научно-производственной работы по бактериологии.

Лишь в 1926 г. впервые бактериологическая лаборатория получила штатного врача бактериолога и необходимые специальные ассигнования на дооборудование и снабжение лаборатории. В связи с этим явилась полная возможность расширить и углубить характер научной, производственной и педагогической работы бактериологической лаборатории.

Ныне существующее бактериологическое отделение ЦИАГ расположено во втором этаже отдельного корпуса, где имеются: две комнаты, оборудованные специальными столами и другим инвентарем для бактериологических работ, препараторская для приготовления бактериологических питательных сред и стерилизации, аппаратная для центрифуг и

других установок, большая комната со специальным термостатом для серологических работ. В нижнем этаже этого корпуса, занятом секционной, бактериологическое отделение располагает комнатой для подопытных животных, а также имеет подлестничное помещение для склада.

Отделение оборудовано и оснащено бактериологическим инвентарем и аппаратурой, а именно: электротермостатами, автоклавом, рефрижератором, сушильным шкафом, центрифугами, микроскопами, а также материальными шкафами, вытяжным шкафом, боксом при комнатном термостате и различной мебелью. За годы Отечественной войны и блокады г. Ленинграда, из-за отсутствия центрального отопления, здание лаборатории значительно пострадало. Однако уже в первый год послевоенной деятельности института (1944—1945 гг.) под руководством директора проф. С. А. Ягунова была проведена большая восстановительная работа, в результате чего помещения бактериологического отделения полностью были восстановлены и отремонтированы до состояния мирного времени.

К юбилейной дате института бактериологическое отделение насчитывает 20 лет своей самостоятельной работы (1926—1946 гг.), при этом в течение 12 лет (с 1926 по 1938 г.) организатором и руководителем лаборатории состоял проф. А. А. Смородинцев (ныне член-корреспондент Академии медицинских наук СССР).

Будучи видным специалистом микробиологии и хорошим организатором, проф. А. А. Смородинцев с присущей ему инициативой в короткий срок дооборудовал и оснастил бактериологическую лабораторию, подобрал состав работников и развернул большую научно-производственную работу, в которую с каждым годом вовлекались клинические сотрудники института. В то же время проф. А. А. Смородинцев направил научную деятельность лаборатории на разрешение основных и насущных вопросов бактериологии женского полового аппарата, изучение биологии главнейших возбудителей после родовых заболеваний и вопросов диагностики и профилактики инфекционной заболеваемости новорожденных и родильниц. За этот период работы лаборатории сформировались свои врачебные и лаборантские кадры; многие из них продолжают состоять сотрудниками и до настоящего времени. Так, препаратор-средовар Е. И. Кошелева работает с 1926 г., т. е. свыше 20 лет, кандидат медицинских наук Н. И. Быченкова — с 1928 г., кандидат медицинских наук И. Г. Выгодская-Подзорова — с 1931 г., научный сотрудник С. В. Крыжановская — с 1938 г.

С момента перехода проф. А. А. Смородинцева на другую работу, с марта по декабрь 1938 г. заведующей лабораторией состояла Н. И. Быченкова, с 1939 г. в этой должности состоит кандидат медицинских наук А. А. Синицкий.

В годы Великой Отечественной войны бактериологическая лаборатория, как таковая, не функционировала. С осени 1944 г. с момента возобновления деятельности института, бактериологическая лаборатория вновь включилась в свою работу с прежним составом сотрудников.

Штатный состав бактериологической лаборатории за период двадцатилетнего самостоятельного функционирования приведен на таблице 1.

Таблица 1

Состав	Годы									
	1926— 1927	1928— 1930	1930— 1931	1932— 1933	1934— 1935	1936— 1937	1938— 1939	1940— 1941	1944— 1945	1946
Зав. лабораторией	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Научные сотрудники	—	1	2	2	2	2	2	2	2	4
Лаборанты	—	1	2	2	3	3	3	3	3	3
Препаратор	—	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Служитель-санитар	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2
Всего	2	5	8	8	9	9	8	8	8	11

С 1946 г. бактериологическая лаборатория по структуре института значится как «бактериологическое отделение» с составом клинико-бактериологической и серологической лабораторий.

Научная деятельность. Первый печатный труд, касающийся вопроса бактериологии полового тракта женщин, принадлежит многолетнему руководителю института талантливому русскому гинекологу, основателю «оттовской школы» проф. Д. О. Отту, который живо откликнулся на прогрессивные научные идеи своего времени. Его работа «О значении так называемых послеродовых очищений при применении противогнилостных мер в акушерстве» (Врач, № 27, 1886 г.) касалась выяснения вопроса о нахождении микробов во влагалище и матке при нормальном состоянии родильниц. Если принять во внимание, что эта работа была выполнена в период зарождения микробиологии как науки в России, то станет ясным, насколько Д. О. Отту были близки новые идеи того времени, в особенности веяния открытий Пастера и Коха в микробиологии. Поучительно и то, что в этой работе автором были применены оптимальные бактериологические среды для выращивания микробов (мясопептонный сахарный агар, кровяная сыворотка) и применена безукоризненная техника при взятии материала из влагалища и матки для исследования. Некоторые положения, высказанные в этой работе Д. О. Оттом, что «на рожениц мы должны смотреть, как на хирургических больных, имеющих свежее ранение», по существу незыблемы до сих пор. Вместе с тем, эта же работа явилась толчком и стимулом к дальнейшим исследованиям выделений из влагалища и лохий с позиций развивающейся бактериологии. Вскоре в этом направлении в институте были выполнены две работы:

Замшин «Самозаражение с бактериологической точки зрения» (Врач. № 8—9, 1892 г.), Строганов «Бактериологические исследования полости канала женщин в различные периоды ее жизни» (диссертация, 1893 г.). Эти работы в то время полностью отвечали насущным запросам акушерства и гинекологии и высказываниям самого проф. Д. О. Отта о том, что: «Врач, незнакомый с началами бактериологии, в настоящее время не может считаться на высоте своего призвания». В этом смысле в работе В. В. Строганова был дан по тому времени подробный анализ состояния учения о бактериологии полового канала женщины и был затронут вопрос механизма самоочищения влагалища и послеродовой матки.

Эти исследования В. В. Строганова, наряду с работами Дедерлейна того периода (1891—1892 г.), являются до сих пор отправным пунктом в дальнейшем развитии учения о бактериологии полости тракта женщины.

С момента перевода института в новое здание бактериологические работы проводились (как было уже сказано) на базе специально оборудованной лаборатории. Из работ института этого периода следует отметить обширные исследования проф. В. А. Таранухина и Строгой, проведенные во время холерной эпидемии в Петербурге («К вопросу о диагностике холерных вибрионов по способу перекрестной агглютинации и отклонений комплемента». Вестн. общ. гигиены, Суд. и практич. медицина, 1910 г.).

В дальнейшем в стенах лаборатории за период времени с 1912 по 1925 г. было разработано девять тем клинико-бактериологического характера под руководством проф. Л. И. Бубличенко. Они касались вопросов биологии возбудителей послеродового сепсиса, этиологии некоторых инфекционных заболеваний, методики дезинфекции рук и антисептики в акушерстве и гинекологии. Из крупных работ этого периода, проведенных на базе лаборатории, необходимо отметить работы: Л. И. Бубличенко «Бленноррея глаз у новорожденных и ее предупреждение» (Диссертация, 1912 г.); Е. К. Поволоцкая-Введенская «К вопросу об асептике и антисептике в гинекологии» (Диссертация, 1916 г.). В этот период деятельности лаборатории бактериологические работы проводились клиническими сотрудниками института, причем некоторые из них специализировались в этой области годами (П. Д. Трон «По вопросу о значении бактериологического исследования влагалищных выделений», 6-й съезд акушеров-гинекологов, Москва; Е. В. Перова «Реакция Руге-Филлипа в диагностическом и прогностическом отношениях при послеродовых заболеваниях», Гинек. и акуш., 1926 г.).

В 1918—1920 гг. лаборатория фактически была законсервирована, и специальных работ по бактериологии в институте в это время не проводилось.

С момента организации самостоятельной работы бактериологической лаборатории (с 1926 г.), как было уже отмечено выше, под руководством штатного заведующего лабораторией проф. А. А. Смородинова, научная работа приняла определенную целеустремленность; при

этом многие исследования и изыскания строились на экспериментальной основе. Так, в первоначальных работах этого периода деятельности лаборатории были затронуты основные вопросы бактериологии влагалища. Сюда относятся работы: А. А. Смородинцева и М. Кот «К биологии влагалищной палочки» (Микр. журн., № 8, 1927 г.); А. А. Смородинцева и М. Кот «Процессы антагонизма и симбиоза микробов в человеческом влагалище» (Акуш. и гин., 382, 1929 г. и Arch. f. Gyn., Bd. 135, 1929 г.); А. А. Смородинцева и М. Кот „Zur fermentativen Charakteristik des *B. vaginalis* Döderleini“ (Zlb. f. Gyn., № 34, 1929). В этих работах отмечены были новые факты в физиологии влагалищной палочки о неспособности этого микроба к ассимиляции гликогена, подмечены были новые стороны в антагонизме и симбиозе микробов, населяющих влагалище, и был обоснован механизм самоочищения влагалища в свете новейших данных. В развитие этого направления в работе «Новый способ биологической дезинфекции влагалища» (Смородинцев и Туманов, Врач. дело, № 11, 1929 г.) был предложен новый метод биологической дезинфекции влагалища с помощью «вагозана» — культуры влагалищной палочки на оптимальной питательной среде. При введении вагозана на тампоне во влагалище создаются благоприятные условия для продуцирования молочной кислоты, вырабатываемой влагалищной палочкой при наличии сахарной среды.

Дальнейшие изыскания лаборатории в этом направлении были изложены в работе А. А. Смородинцева «Механизм местных защитных приспособлений влагалища» (Труды ЦНИАГ, т. I, 1935 г.), в которой затронуты основные вопросы микробизма влагалища и механизма самоочищения.

В работе по бактериологии детского влагалища (Смородинцев и Чумакова «К бактериологии влагалища новорожденных», Журн. ранн. детск. возр., 1929 г., и Zlb. f. Gyn., № 19, 1929 г.) была показана роль влагалищной палочки в общем микробизме влагалища новорожденных. Вместе с тем, уже на первых порах самостоятельной работы бактериологической лаборатории научной разработкой были затронуты и другие вопросы, важные для акушерства и гинекологии. Сюда относятся экспериментально-лабораторные исследования о значении реакции Борде-Жангу при скрытых формах женской гонорреи; при этом был разработан новый метод приготовления гонококкового антигена (Смородинцев и Якобсон «Опыт уточнения реакции Борде-Жангу с гонококковым антигеном и значение ее в диагностике женской гонорреи», Лен. мед. журн., № 6—7, 1929 г.). В работе по бактериологической оценке различных методов дезинфекции рук (А. А. Смородинцев «Сравнительная оценка важнейших методов дезинфекции рук», Вестн. хирург. погр. обл., 50, 1929 г.) была выработана точная методика бактериологического контроля и доказано большое значение механического мытья рук на последующий успех действия дезинфекционных средств. Позже в этом же аспекте была дана оценка метода Спасокукоцкого (Смородинцев «Оценка обеззараживания рук по методу Спасокукоцкого», Акуш. и гин., № 8, 1936).

В работе по изучению бактерицидности крови у различных пуэрперальных больных было установлено, что колебание бактерицидной силы крови в отношении стрептококков соответствует клиническому течению и стоит в связи с концентрацией комплемента крови (Сморodinцев и Вейц, Журн. акуш. и женск. бол., № 2. 1931 г.):

В обширных исследованиях лаборатории, относящихся к проблеме самозаражения в акушерстве (работа А. А. Смородинова, И. Выгодской в сотрудничестве с Масловой «Проблема самозаражения в акушерстве», Микр. журн., 1932 г., и Arch. f. Gyn., Bd 150, 1932 г.) были получены детальные данные, показывающие, что выделяемые из нормального влагалищного секрета стрептококки обладали ничтожной инфекционностью и относились к невирулентным разновидностям этой группы микробов. На наружных половых частях определялись большие концентрации стрептококков; хотя продвижение этих микробов во влагалище происходит из этих половых частей, однако, пока механизм самоочищения функционирует правильно, стрептококки и другие микробы, проникающие во влагалище, быстро отмирают. В этом же свете были выполнены работы: Выгодской «Наружные половые органы и влагалище как источник стрептококковой инфекции» (Микр. журн., № 12, 1932 г.) и Выгодской «Условия жизнедеятельности гемолитического стрептококка на наружных половых органах женщины» (Труды ЦНИАГ, т. I, 1935 г.). В этой последней работе было показано, что субстрат наружных половых органов обладает бактерицидным действием на гемолитических стрептококков и что причиной этой бактерицидности являются вероятно устойчивые продукты обмена многочисленных микроорганизмов, вегетирующих в этой области. Вопрос о бактериологии послеродовой матки был детально разработан на новой основе в работе Смородинова, Выгодской и Дерчинского «Новые данные по бактериологии матки и влагалища в послеродовом периоде» (Сов. вр. газ., № 19, 1935 г.). С помощью метода, разработанного в клинике послеродовых заболеваний института, Г. Д. Дерчинским было показано, что общепринятое среди акушеров учение о поголовной зараженности матки нелихорадящих родильниц к 5-му дню послеродового периода подлежит пересмотру. Старые данные о параллелизме между клиническим течением и микробным составом полости матки соответствуют истине.

В этом же направлении была выполнена самостоятельная работа Н. И. Быченковой «Количественная характеристика микрофлоры лохий в различные дни послеродового периода» (Акуш. и гин., 1938 г.). В этой работе была изучена динамика количественного накопления микроорганизмов в лохиях влагалища в различные дни послеродового периода. У громадного большинства родильниц микробный резервуар под влиянием фагоцитарного и бактерицидного действия лохий, а также в связи с нарастающей кислотностью влагалищного содержимого быстро разрежается. Исследования лаборатории об экзогенных и эндогенных источниках пуэрперальной инфекции были сум-

мированы в работе А. А. Смородинцева «Экспериментально-лабораторный анализ основных источников заражения рожениц и пути профилактики послеродового сепсиса» (Акуш. и гин., № 6, 1937 г.).

В этой работе четко обосновано значение экзогенных очагов в происхождении послеродовых заболеваний в том смысле, что преобладающая часть стрептококковых заболеваний в послеродовом периоде является внутрибольничным заражением. В этой же работе указаны и обоснованы пути радикальной профилактики послеродовых заболеваний, вызываемых гемолитическими стрептококками.

В лаборатории систематически накапливался материал, относящийся к этиологии инфекционной заболеваемости и смертности новорожденных. Сюда относятся работы Смородинцева, Брудер и Быченковой «К этиологии смертности в раннем детском возрасте» (Труды ЦНИАГ, т. I, 1935 г.), в которой установлено, что в 53% случаев причиной смертности новорожденных является стрептококковый сепсис и что бактериологический метод исследования служит важным фактором в изучении источников инфекции и путей передачи. В работе Н. И. Быченковой «Анализ источников заражения новорожденных стафилококком при пиодермии» (Вопросы мат. и млад., 1939 г.) было показано, что основным источником заражения новорожденных пиодермией являлись очаги стафилококковой инфекции экзогенного происхождения.

Ряд исследований, проведенных лабораторией, связан с изучением профилактических мероприятий в области акушерства и гинекологии. Сюда относятся работы Быченковой, Зильберт и Шуссер «Бактерицидные свойства некоторых олигодинамических препаратов серебра в условиях инфицированного влагалища» (Акуш. и гин., № 11, 1939 г.); Быченковой «К вопросу обеззараживания родильного зала ультрафиолетовой радиацией» (Труды ЦИАГ, т. 9, 1941 г.); Быченковой «Дезинфекция наружных половых путей по принципу создания длительного антисептического барьера» (Рукопись, 1939 г.) и, наконец, ценное предложение для акушерско-гинекологической практики Смородинцева и Выгодской «Новый тип маски для хирургической и акушерской практики».

К этому же направлению работ относятся проведенные лабораторией экспериментальные исследования по вопросу изучения веществ и биологических препаратов, повышающих общее иммунологическое состояние организма. Сюда относятся работы Смородинцева и Быченковой «Профилактическое и лечебное действие стрептоцида на экспериментальные стрептококковые процессы у белых мышей» (Сов. врач. журн., № 8, 1937 г.); Гиттерман. Экспериментально-лабораторная оценка действия аммиачного серебра» (Сов. вр. журн., № 21, 1937 г.); Быченковой «Оценка профилактического и лечебного действия бактерицидных типоспецифических стрептококковых сывороток» (Рукопись, 1939 г.); Быченковой «Оценка профилактического и лечебного действия стрептоцида, адреналина и эмульсии лимфатических желез при экспериментальной стрептококковой инфекции» (Диссертация, 1940 г.); Дерчинского и Быченковой «Бактерицид-

ные свойства плацентарной крови» (Рукопись, 1941 г.); А. А. Синицкого «Специфическая и неспецифическая десенсибилизация» (Труды ЦИАГ, т. 8, 1941 г.).

В области методических исследований этого времени была проведена работа по бактериологической диагностике женской гонорреи; С. В. Крыжановская «Выделяемость гонококка по усовершенствованному методу» (Акуш. и гин., № 4, 1940 г.). За период функционирования лаборатории во время войны был накоплен клинико-бактериологический и экспериментальный материал, на основе которого составлены две работы: Выгодская «Биологические свойства стафилококков раневого происхождения» (Рукопись, 1945 г.); Синицкий и Вейц «О влиянии электрического поля ультравысокой частоты на течение экспериментальной инфекции» (Рукопись, 1945 г.). В первый год послевоенной деятельности лаборатория включилась в разработку комплексной проблемы института и выполнила работы, доложенные на научной сессии: Синицкий и Долгопольская «Особенности микробизма влагалища женщин, страдающих длительной аменореей» (1945 г.); Синицкий и Крыжановская «Характеристика иммунобиологической реактивности женского организма при длительной аменорее. На протяжении всех лет самостоятельной деятельности на базе лаборатории научную работу проводили сотрудники клиник и отделений института. К таким клинико-бактериологическим исследованиям, в которых бактериологический метод или тест служил основой для заключений и выводов, относились работы: Вейц «К бактериологии нелихорадящих выкидышей» (Гин. и акуш., № 5—6, 1929 г.); Каплун «Чистота влагалищной флоры и ее прогностическое значение для послеродового и послеабортного течения» (Журн. акуш. и жен. бол., № 4, 1930 г.); Хаскин «О бактерицидных свойствах лохий» — 1931 г.; М. С. Коган «Изменение вагинальной микрофлоры в процессе родов без дезинфекции влагалища и под влиянием применения некоторых антисептических средств» (Диссертация, 1940 г.); М. З. Чинчерадзе «Оценка профилактического и лечебного действия антиретiculo-эндотелиальных сывороток» (Диссертация, 1940 г.); Курбатова «Опыт применения бактериофага при лечении экспериментальной инфекции» (Рукопись, 1941 г.); Дерчинский «Влияние профилактического переливания плацентарной крови на течение экспериментальной инфекции» (Рукопись, 1945 г.); М. С. Коган «Механизм самоочищения полового аппарата в процессе родов» (Рукопись, 1945 г.); Б. А. Ландрес «Оценка действия некоторых бактерицидных веществ и сульфамидных препаратов на течение экспериментальной инфекции» (Рукопись, 1946 г.); М. А. Пуговишников «Влияние некоторых иммунобиологических факторов на течение экспериментального эндометрита» (Рукопись, 1946 г.).

Таким образом, за годы самостоятельной деятельности лаборатории ее штатными сотрудниками было выполнено 33 работы экспериментального характера и другими сотрудниками института — 10 работ клинико-бактериологического и экспериментального характера. Всего к 150-летию юбилею института на базе бактериологической лабора-

тории было выполнено 5—6 работ клинко-бактериологического и экспериментального характера, из коих 43 работы падают на двадцатилетие (1926—1946 гг.) самостоятельной деятельности лаборатории; из них три работы являются кандидатскими диссертациями. В целом на базе бактериологической лаборатории ЦИАГ впервые в нашей стране были затронуты и разработаны основные вопросы бактериологии женского полового аппарата, а полученные в этом отношении новые теоретические факты были использованы в акушерско-гинекологической работе клиниками института и другими учреждениями.

Производственная работа. Научная и организаторская мысль проф. Д. О. Отта уже на первых порах его деятельности в качестве руководителя института дала толчок к внедрению бактериологического метода исследования в акушерство и гинекологию. Однако до момента организации самостоятельной деятельности бактериологической лаборатории, т. е. до 1926 г., вся практическая работа по бактериологии проводилась клиническими работниками института и не подвергалась строгому учету.

С момента организации лаборатории производственная деятельность приняла направленность к удовлетворению запросов клиник и отделений института. Вся эта работа заключалась в выполнении бактериологических и бактериоскопических исследований содержимого влагалища и шейки матки, гноя и экссудатов, крови, мокроты и других выделений организма. Широко применялся серологический метод исследования (реакция Вассермана и осадочные, реакция Борде-Жангу при гоноррее). Кроме того, бактериологический метод постоянно применялся при санитарно-гигиеническом обследовании помещений клиник института и в случаях выяснения вероятных источников инфекции при перекрестном контакте. Бактериологический контроль проводился также при различных дезинфекционных мероприятиях и при стерилизации акушерско-гинекологических материалов и предметов. В своей

Таблица 2

Годы	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Количество анализов.	1280	1770	2160	3780	4200	5660	6100	7825	8400
Показатели	100	145	168	294	328	442	470	611	656

Годы	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1945	1946 до июня
Количество анализов.	10200	11640	13805	17968	19320	16697	18340	32046	9820
Показатели	798	909	1080	1403	1508	1306	1432	2503	767

практической работе лаборатория стремилась совершенствовать технические навыки и в исследованиях постоянно применяла новейшие методики. Суммарные количества производственных анализов за годы самостоятельной деятельности бактериологической лаборатории приведены в таблице 2.

На протяжении всего периода самостоятельной работы бактериологическая лаборатория производила для нужд клиник и отделений института различные бактериальные препараты. В этом плане производилось изготовление антивирусов, лечебных и диагностических вакцин (стафилококковой, стрептококковой, гонококковой, колибациллярной), «вагозана», «биолактина», «бактериофагов», антигенов и аутовакцин. В течение 1933—1935 гг. производство этих препаратов приняло большие размеры, в связи с чем в плане хозрасчета для лаборатории были предусмотрены специальные средства на содержание работников и приобретение необходимого сырья и стекла. В эти годы гонококковая вакцина выпускалась для нужд других учреждений и организаций, сверх запросов института.

Выпуск бактериальных препаратов по годам приведен в таблице 3.

Таблица 3

Годы	1926— 1928	1929— 1931	1932— 1934	1935— 1937	1938— 1940	1941	1945
Выпуск бактериальных препаратов в литрах . .	14,8	18,6	82,5	52,4	14,2	7,6	4,2

Бактериологическая лаборатория на протяжении всей своей деятельности проводила большую консультативную работу и предоставляла возможности для проведения научно-практических исследований работникам других учреждений органов здравоохранения города и всей страны.

Педагогическая работа. За годы самостоятельной деятельности лаборатории педагогическая работа проводилась по двум направлениям: а) систематические занятия по курсу бактериологии с аспирантами и ординаторами института применительно к запросам акушера-гинеколога; б) занятия с группами врачей-курсантов, стажирующихся в институте по курсу основ бактериологии женского полового аппарата и гонорреи. В программу занятий входит ознакомление с важнейшими методами бактериологической работы и вопросами микробиологии и иммунитета применительно к специальности акушера-гинеколога. Кроме того, лаборатория в течение многих лет проводит педагогическую работу в акушерской школе при институте в объеме специальной программы. В целом бактериологическая лаборатория полностью удовлетворяет запросам института, курсам усовершенствования и индивидуальным желаниям клинических сотрудников в части совершенствования в области бактериологии.

З а к л ю ч е н и е. Бактериологическое отделение ЦИАГ исторически явилось основной базой, где впервые для нашей отечественной медицинской науки были затронуты и разработаны основные вопросы бактериологии женского полового аппарата. Научные изыскания и исследования этого направления, впервые начатые проф. Д. О. Оттом, в дальнейшем были продолжены и детальнее углублены его ближайшими учениками. Особо плодотворно научно-производственная деятельность развивалась в годы двадцатилетней самостоятельной работы бактериологического отделения (1926—1946 гг.). В этот период бактериологическое отделение института, под руководством проф. А. А. Смородиной, направило свою научно-исследовательскую работу на разрешение актуальных вопросов бактериологии полового аппарата женщины и профилактики послеродовых септических заболеваний. Кроме того, бактериологическое отделение в своей научной работе стремилось поддерживать всю научно-производственную деятельность на уровне запросов института.

Ближайшие задачи бактериологического отделения определяются планом развития деятельности института в годы четвертой пятилетки. В этом аспекте в программу научной работы отделения входят вопросы изучения иммунологии пуэрперальных заболеваний и профилактики стрептококковых инфекций, этиологии и иммунологии инфекционной заболеваемости новорожденных и вопросы иммунологии гонорреи.

Проф. Н. Л. ГАРМАШЕВА.

Развитие и деятельность патофизиологической лаборатории в ЦИАГ

В настоящее время эксперимент является общепризнанным методом изучения физиологических и патологических процессов. Лицо медицинского научного учреждения определяется размахом и направленностью экспериментальных исследований в неменьшей степени, чем клиническими работами.

Создатель существующего в настоящее время Центрального института акушерства и гинекологии Д. О. Отт понимал значение эксперимента в то время, когда далеко не для всех клиницистов оно было ясным. Д. О. Отт сам работал в области физиологии и много сделал для организации экспериментальных исследований в институте.

Несколько физиологических работ опубликовано Д. О. Оттом уже в конце прошлого столетия. Из них наиболее значительны исследования по переливанию солевого раствора. Вначале автором было изучено действие солевого раствора на животных в различных условиях, в частности после обескровливания. Затем эти исследования были перенесены в клинику. Результаты их сделали возможным успешное и довольно широкое применение солевых растворов в терапии.

Очень большой интерес представляют оригинальные работы Д. О. Отта и его сотрудников по изучению изменений состояния организма в различные периоды менструального цикла. У женщин длительное время систематически исследовали температуру, пульс, кровяное давление, жизненную емкость легких и интенсивность рефлексов. Оказалось, что все эти показатели претерпевают волнообразные изменения в ритме с менструальным циклом. Таким образом впервые было создано обоснованное представление о половом цикле как о комплексе самых разнообразных процессов не только в половых органах, но и вне их. Эти работы явились началом многочисленных исследований,

проводившихся в последующем сотрудниками института и проводящихся в настоящее время, по изучению механизма полового цикла и механизма действия гормонов полового цикла.

Значительной была также экспериментальная работа В. В. Преображенского, опубликованная в 1899 г. В. В. Преображенский пересаживал животным яичники и изучал судьбу трансплантата и его действие на организм. К этому же времени относится и работа Строгой о рассасывании жира в яичнике (1903 г.).

Постепенно, из года в год интерес к экспериментальным исследованиям возрастал и размах работ становился все шире и шире. К 1910 г. определилось направление экспериментальных работ, проводившихся К. П. Улезко-Строгановой и возглавляемых ею, в которых преобладающим методом было изучение морфологических изменений в тканях. Таковы работы по экспериментальному раку, по изучению функции яичников и т. д. Эти исследования велись и ведутся в настоящее время в патогистологической лаборатории института. Для руководства работами по физиологии и патологии в это время был приглашен специалист-физиолог — Кауфман. Для лаборатории была отведена специальная комната, выделен был служитель, ухаживавший за собаками, помещавшимися в специально построенном животнике.

В таком виде лаборатория существовала несколько лет. Кауфман проводил экспериментальные исследования сам и привлекал к работе сотрудников института. Одна из ценных работ, опубликованных в это время, это работа Ильина о воздушной эмболии и ее значении в акушерстве.

С уходом Кауфмана лаборатория формально прекратила свое существование, но сотрудники института продолжали вести экспериментальную работу, пользуясь консультацией эпизодически приглашавшихся специалистов.

В 1925 г. для руководства физиологической лабораторией был приглашен Г. П. Зеленый. С этого времени лаборатория была восстановлена, и работа в ней до 1934 г. велась почти непрерывно. Вначале ею руководил Г. П. Зеленый, проработавший в институте около двух лет, затем Н. М. Марголина (1929—1930 гг.), Е. Н. Сперанская-Степанова (1930—1932 гг.) и Е. Н. Марголина (1932—1934 гг.). Большая часть работ, выполненных в этот период времени, касается различных вопросов сексуальной гормоналогии. Такова работа Фейгеля и Марголиной «Существует ли гормон матки», работа Е. И. Гуревич, получившей эстроген из мочи беременных женщин и впервые применившей его с терапевтической целью (1929—1930 гг.), и другие. Кроме того, под руководством Е. Н. Сперанской-Степановой велись работы по изучению влияния морфия и сернокислой магнезии на диурез собак (Дерчинский).

Большое значение в развитии патофизиологической лаборатории и в этот период времени и в дальнейшем имела организация животника для грызунов — белых мышей, крыс и кроликов. Заслуга создания вивария принадлежит прежде всего научному сотруднику института А. Н. Егорову. Ему же принадлежит инициатива организации гормо-

нально-биологических реакций мочи на беременность по Ашгейму и Цондеку, выполнявшихся в Ленинграде впервые. А. Н. Егоров проводил ряд исследований по количественному определению половых гормонов в крови и моче женщин при различных их состояниях. Кроме того, в дальнейшем под руководством А. Н. Егорова в лаборатории были выполнены интересные работы П. В. Толстова о проходимости гемато-энцефалического барьера для половых гормонов (1936 г.), С. И. Павленко об антигормонах (1938 г.) и др.

После кратковременного перерыва, в течение которого не было заведующего лабораторией, в 1935 г. приказом по институту лаборатория, названная с этого времени патофизиологической, была восстановлена. Штат сотрудников был увеличен и состоял к этому времени, помимо заведующего, из трех лаборантов, препаратора и санитарки. В институте был уже виварий с поголовьем до 3000 животных. Мышей было около 2000 и несколько сот кроликов и крыс. Это давало большие возможности как для научной, так и для производственной работы лаборатории. Последняя в это время была довольно велика, так как гормонально-биологические реакции мочи на беременность выполнялись в лаборатории не только для клиник института, но и для всего Ленинграда. Помещение лаборатории состояло из двух комнат. Оборудование было скромным, но достаточным для выполнения не очень сложных операций на животных и для проведения работ с использованием методов регистрации сокращений матки *in situ* и отрезков изолированной матки по Магнус-Кереру. С этого времени лаборатория существует непрерывно, и размах работы в ней продолжает увеличиваться. 1935 г. можно считать годом организации патофизиологической лаборатории, хотя история экспериментальных исследований по физиологии и патологии в институте имеет значительно большую давность.

В 1935 г. патофизиологическую лабораторию возглавил проф. А. Э. Мандельштам. Через полгода, в конце 1935 г., его сменил доц. Э. М. Каплун. С декабря 1938 г. по настоящее время лабораторией заведует проф. Н. Л. Гармашева.

В этот период уже отчетливо определилось ведущее направление работ лаборатории. Основные исследования, проводимые в лаборатории, явились по сути дела продолжением работ, выполнявшихся в институте ранее и начатых еще Д. О. Оттом. Ведущей темой всех экспериментальных работ на протяжении последних 50 лет было изучение вопросов сексуальной гормоналогии. Однако с 1935 г. впервые подобные работы проводились комплексно и систематично, тогда как ранее это были случайные темы, не объединенные общей идеей.

Как известно, с 1928 г. учение о половых гормонах проделало блестящий путь. В разработку этих вопросов внесли свой вклад и сотрудники института. В лаборатории изучались более подробно следующие разделы этой области.

Ряд работ был посвящен изучению содержания половых гормонов в крови и изменения его при различных состояниях женщины (Мандельштам, Каплун, Гуревич, Егоров, Дризгалович

и др.). Много работ касалось изучения механизма действия половых гормонов (Мандельштам, Каплун, Егоров, Толстов, Могилев, Гармашева), гормональной функции плаценты и ее роли в обмене между матерью и плодом (Егоров, Майзель, Могилев, Дерчинский) и трансплантации яичников и гипофиза (Полоцкий, Моцак). Большое внимание было уделено также разработке методов гормональной диагностики беременности. Производилось изучение возможности сокращения сроков и удешевления существующих реакций (Мандельштам, Каплун, Егоров) и поиски новых реакций (Мандельштам, Каплун, Гербильский и Киршенблат).

Много работ было проведено также по изучению влияния различных воздействий на сократительную деятельность матки. Изучены были: фолликулин (Каплун, 1937 г.), сернокислая магnezия (Могилев, 1939 г.), гальванический и фарадический ток (Ягунов, 1939 г.), сыворотка крови беременных женщин (Углова, 1940 г.) и др.

Были также работы оборонного значения. Наиболее значительна из них экспериментальная часть исследования С. А. Ягунова «Опыт изучения физиологии половой сферы летчиц, планеристок и парашютисток» (1937—1940 гг.).

На физиологическую тематику института оказали влияние также достижения отечественной физиологии. Известны классические работы русских и советских ученых о значении нервной системы в организации реакций организма. В этой области вклад наших соотечественников в мировую науку очень велик. Такое «нервистское» направление чувствовалось и в тематике института. Очень интересна работа Манойловой о вегетативной нервной системе и гормонах, работа Фейгеля и Эберлина. Часть работ, проводимых в лаборатории в настоящее время, также посвящена изучению роли вегетативной нервной системы в функции половых органов.

Начиная с 1935 г. размах работ в лаборатории увеличивается очень быстро. Стремление сотрудников института изучать проблемы физиологии и патологии женского организма возрастает. Отечественная война временно прервала работу института, но в августе 1944 г., как только жизнь института возобновилась, с первых же дней начала свою деятельность и патофизиологическая лаборатория. Директор института проф. С. А. Ягунов и научный руководитель института проф. А. Э. Мандельштам придавали большое значение развитию работ в области физиологии и патологии женщины. Впервые в штатах лаборатории появился помимо заведующего научный сотрудник. В 1945 г. научных сотрудников было 2 и в 1946 — один старший и 2 младших научных сотрудника. Таким образом, коллектив сотрудников в лаборатории постепенно увеличивался. Это дало возможность более полного изучения разрабатываемых вопросов и использования для этого большего количества методов.

Экспериментальная работа в послевоенное время в институте, так же как и во всех научных учреждениях Ленинграда, перенесшего блокаду, была затруднена из-за недостаточного количества животных. Восстано-

вление вивария также потребовало больших усилий. Дирекция института сделала очень много для быстрого его восстановления, и с первых дней открытия в лаборатории начата была и научная и производственная работа, хотя и в небольшом объеме. Во всех случаях, затруднительных для диагностики внематочной беременности, в лаборатории даже в 1944 г. производили реакции Ашгейм — Цондека и Фридмана.

В 1944 г. в лаборатории были возобновлены научные работы, прерванные войной. Кроме того сотрудники лаборатории присоединились к проводимому в институте научному обследованию состояния женщин, перенесших блокаду Ленинграда и страдающих аменореей. Научной сотрудницей лаборатории С. Е. Дризгалович было произведено исследование содержания фолликулина в крови у женщин, страдающих затяжной аменореей военного времени. Так как массовые биологические реакции определения фолликулина были в то время недоступны, С. Е. Дризгалович использовала химический метод Shute. Оказалось, что у большинства женщин, страдающих аменореей, количество фолликулина в крови было на нижней границе нормы.

В дальнейшем научная работа лаборатории развивалась в следующих направлениях.

Основной, ведущей темой было изучение механизма полового цикла и его нарушений. Большая часть научных работ, выполняемых на базе лаборатории в настоящее время, также посвящена этому вопросу, так же как и работы, намеченные по плану на ближайшие годы.

Для того, чтобы понять патологию, обусловленную изменениями функций половых органов, нужно прежде всего изучать механизмы закономерных и многогранных изменений, происходящих в организме в периоды наступления половой зрелости, расцвета и увядания половых функций. Кроме того нужно понять механизм ритмических изменений самых различных процессов в разные фазы менструального цикла.

Соответственно этим задачам работы лаборатории были разбиты на несколько разделов.

В первый раздел вошли работы по изучению периода полового созревания и обуславливающих его причин. Второй раздел, охватывающий наибольшее количество тем, был посвящен изучению механизма половых циклов в период половой зрелости. В третий раздел входили работы по изучению изменений, происходящих в период угасания половой функции. При этом неизбежно было изучение механизма действия половых гормонов, что также проводилось в лаборатории.

Эффект действия половых гормонов на организм изучен хорошо. Довольно подробно, хотя и далеко не полно, изучен механизм их образования, в особенности для гипофиза. Очень мало изучена зависимость эффекта действия гормонов от состояния органа, воспринимающего это действие, в особенности для матки. Известно, что секреторная деятельность гипофиза зависит от состояния нервных образований иннервирующих его. Естественно предположить ту же зависимость и для внутренней секреции яичника, хотя для этого нет еще достаточных

фактических оснований. Реакция органа даже на раздражители, обладающие периферическим действием, зависит от нервной системы.

Все приведенные соображения послужили основанием для того, чтобы в работах патофизиологической лаборатории по механизму половых циклов изучать в первую очередь роль нервной системы в этом механизме. Это тем более важно, что о значении нервной системы в половом цикле известно несравненно меньше, чем о роли гормонов в нем.

Методы, применявшиеся в лаборатории, были следующие.

Животные искусственно приводились в состояние симпатикотонии или парасимпатикотонии. Для мышей и крыс применялись фармакологические способы: им нужное для опыта время многократно вводили медиаторы и вегетативные яды в небольших количествах. Использованы были ацетилхолин, пилокарпин, физиостигмин, атропин, адреналин, эфедрин и симпатомиметин. У более крупных животных — кроликов и кошек — для этой же цели производили оперативные вмешательства в области вегетативной нервной системы. На этом фоне изучали сроки наступления половой зрелости (работа Л. А. Шуссера), чувствительность к половым гормонам в период половой зрелости и после угасания половых функций (Н. Л. Гармашева и С. Е. Дризгалович).

Изучали также и обратные взаимоотношения, т. е. резко нарушали баланс половых гормонов и изучали в этих условиях изменения состояния вегетативной нервной системы.

Такой комплекс работ дал с первых же шагов обнадеживающий результат. Удалось создать условия, значительно изменяющие эффективность действия одного и того же количества фолликулина воздействием на вегетативную нервную систему. Это заставило расширить размах работ и ввести для изучения этого вопроса еще метод эволюционной физиологии, дающей в этом отношении большие возможности. Такие работы организовал старший научный сотрудник патофизиологической лаборатории Я. Д. Киршенблат (1946 г.).

Один из методов, применявшихся для определения состояния матки у подопытных животных, был метод хронаксиметрии. Изучали изменения реобазы и хронаксии мышцы матки *in situ* после действия гормонов, медиаторов и вегетативных раздражителей и сочетаний (работа С. Е. Дризгалович).

Большим разделом работ, проводимых совместно сотрудниками патофизиологической лаборатории института и физиологической лаборатории Ленинградского университета, явилось изучение interoцепции матки (работа Э. Ш. Айрапетьянца и Е. Ф. Крыжановской).

Работы по изучению механизма полового цикла были ведущими в тематике лаборатории в последние 2 года и будут ведущими, согласно пятилетнему плану, в ближайшие годы. Работа лаборатории в этом разделе тесно связана с гинекологической клиникой и, в особенности, с клиникой эндокринно-вегетативных заболеваний.

Помимо работ по изучению полового цикла в лаборатории проводи-

лись и проводятся работы по изучению патогенеза инфекционного воспалительного процесса в матке и его осложнений. В 1939 г. в лаборатории был разработан метод вызывания инфекционного эндометрита у животных (работа Н. Л. Гармашевой). Этот метод был использован для изучения роли половых гормонов и вегетативной нервной системы в возникновении и развитии инфекционного эндометрита и сепсиса. Изучались также особенности течения воспаления при различных состояниях матки (Е. Н. Преловская), особенности сократительной деятельности воспаленной матки и ее реактивности (С. М. Беккер), влияние на течение эндометрита переливания крови (Г. Д. Дерчинский) и иммунологических факторов (М. А. Пуговишников) и др. Продолжение работ по изучению инфекционного воспаления матки в эксперименте также намечено на ближайшие годы.

Кроме двух указанных проблем в патофизиологической лаборатории выполнялись и выполняются работы по изучению других областей физиологии и патологии женской половой сферы. Это большей частью докторские диссертации — работы, являющиеся естественным продолжением исследований, которые старшие научные сотрудники института вели на протяжении многих лет. К числу таких принадлежит работа по изучению изменений, вызываемых в половых органах и организме животных удалением одного яичника (Е. Е. Полоцкий), исследование механизма действия переливаемой крови (Г. Д. Дерчинский), изучение особенностей сократительной деятельности матки в условиях инфекции (С. М. Беккер). Все эти работы были тесно связаны с бактериологической и патогистологической лабораториями института.

Некоторые разделы экспериментальной работы витаминной лаборатории также связаны с тематикой патофизиологической лаборатории.

Помимо научно-исследовательской и производственной работы в патофизиологической лаборатории велась также преподавательская работа. Она заключалась главным образом в обучении молодых научных сотрудников методологии и технике эксперимента. Кроме того на базе лаборатории много врачей, приезжавших в институт для усовершенствования, ознакомились с гормонально-биологическими реакциями мочи на беременность.

В течение всего времени существования патофизиологической лаборатории научная работа, проводившаяся в ней, находилась в полном соответствии с потребностью клиники. Экспериментальные темы вытекали из актуальных проблем патологии жвачины. Результаты эксперимента при первой возможности переносились в клинику. Это обусловило быстрое развитие лаборатории и это же является залогом дальнейшего успешного ее развития.

Ст. научн. сотр. Г. Д. ДЕРЧИНСКИЙ.

Переливание крови в ЦИАГ

Переливание крови как лечебный метод в наше время составляет неотъемлемую составную часть арсенала терапевтических средств практического врача и в первую очередь врача, оказывающего помощь женщине в родах. Переливание крови как проблема продолжает изучаться врачами всех специальностей, среди которых акушеры и гинекологи занимают далеко не последнее место.

Более того, следует отметить, что, как в прошлом, так и в настоящее время, врачи-акушеры принимали активное и деятельное участие как в научном, так и практическом разрешении данной актуальной проблемы. Своей успешной научной деятельностью они несомненно способствовали теоретическому и практическому разрешению ряда важнейших вопросов, позволивших в недалеком прошлом приступить к широкому практическому использованию столь остро необходимого, а в ряде случаев совершенно незаменимого, метода спасения больных. Ярким историческим примером является тот факт, что эпоха возрождения переливание крови непосредственно связано с именем английского акушера XIX столетия Джемса Бленделя (James Blundel). Им впервые была произведена трансфузия крови от человека к человеку после длительного изучения этого метода в эксперименте.

Филомафитский (1898 г.) пишет о Бленделе, что в нем удачно сочетался гениальный ученый-физиолог и талантливый врач-акушер. Уверенный в правоте своих идей, он смело преодолел существующую рутину того времени во взглядах и отношении к вопросу переливания крови и практически доказал всю целесообразность и возможность осуществления переливания крови от человека к человеку.

Выдающиеся успехи Бленделя привлекли внимание ученых многих стран. Своими замечательными достижениями, ставшими вскоре широко известными, он привлек в Лондон многих врачей из стран Нового и

Старого Света. Приезжавшим врачам демонстрировалось переливание крови с помощью оригинального аппарата для трансфузии, сконструированного самим Бленделем.

Такой же аппарат в 1832 был вывезен из Англии в Россию городским акушером Вольфом; в С-Петербурге в том же году было произведено первое переливание донорской крови родильнице, погибавшей от острой кровопотери.

Вольф следующим образом описывает первое переливание крови: «В 1832 г., в пятницу, на страстной неделе, я был приглашен к бедной женщине М. Гл. . . . Разрешившись от бремени, за несколько часов перед тем, она уже боролась со смертью от чрезвычайной потери крови. Объятая холодом, почти без всякого пульса, непрерывно бросалась она с одного бока на другой и была подобно умирающей от повальной восточной холеры.

Находившейся при родах г-н Гаммельман, один из искуснейших здешних акушеров, употреблял при этом случае всевозможные возбуждающие средства, как внутренние, так и наружные, не исключая даже средств самого летучего свойства. Но все его старания оставались безуспешными и не производили желаемого действия.

При таком отчаянном положении, почти кончающейся женщине, я немедленно решился прибегнуть к операции переливания крови и тем сохранил жизнь матери большого семейства» . . .

Отсутствие необходимых знаний основных биологических законов в подборе донора, существовавшие трудности в технике переливания и ряд других более второстепенных условий мало способствовали дальнейшему успешному развитию дела переливания крови.

Пришедшее на смену и имевшее первоначально успех переливание дефибринированной крови было вскоре оставлено в силу ряда отрицательных, неизбежных и неустранимых сторон его.

Сведения о переливании крови в акушерской практике после сообщений Шпигельберга, Белина-Свиантковского, Савостицкого, Раутенберга и других к концу XIX столетия совершенно прекратились.

Но научная мысль продолжает настойчиво изучать столь важную проблему для практической медицины. В 1865 г. клиника академика Крассовского публикует диссертацию Сутугина на тему о переливании дефибринированной крови в условиях эксперимента.

Сутугин доказывает прямую необходимость переливания однородной крови. Указанным автором впервые высказывается мысль о возможности использования излившейся крови в родах в целях трансфузии. Он же ставит вопрос о строгом отборе доноров по определенным физическим показателям.

Существовавшие трудности в практическом использовании крови для переливания, непреодолимые по уровню знаний того времени, естественно заставляли искать иных путей и средств в борьбе с кровопотерей.

Переливание крови было заменено новым методом борьбы с кровопотерей, а именно: вливанием физиологического солевого раствора. Техническая простота применения, широкая доступность, отсутствие

осложнений и первичный эффект, получавшийся в случаях средней тяжести кровопотери, позволили этому новому методу в краткий срок привлечь внимание широкого круга врачей.

Исследования Гаема (Наум) (1880 г.) первоначально не сумели убедить врачебный мир в том, что вливание физиологического солевого раствора и его дериватов дает кратковременный условный эффект.

Гаем доказывал, что вливание физиологического солевого раствора не может заменить переливания крови, — именно того, что необходимо человеческому организму при острой кровопотере и ее дальнейших последствиях.

Отт (1883—1884 гг.) в своих сообщениях об успешном применении вливания физиологического солевого раствора в случаях острой кровопотери в родах пишет: «...что же касается до выгод, которые можно было ожидать от употребления переливания крови сравнительно с солевым раствором, то я положительно отвергаю их, причем опираюсь на результаты, добытые мною экспериментальным путем!..».

В последующие годы в России с проблемой переливания крови произошло то же, что и за границей. Физиологический солевой раствор и ему подобные легко и быстро вытеснили переливание крови с непрочной занятой им позиций. Акушеры также не отставали от общего увлечения и существовавших настроений и взглядов, чему, конечно, способствовали соответствующие отзывы клиник и результаты экспериментальных исследований авторитетов того времени.

Господствовавшие в то время взгляды на механизм смертельных исходов от острых кровопотерь — Лессер, Ворм-Мюллер (Lesser, Wurm-Müller) и др. — также не мало способствовали успеху внедрения физиологического раствора во врачебную практику.

Соколов (1909 г.) на основании своих экспериментальных исследований сообщает, что физиологический раствор и близко стоящая к нему жидкость Лоск'а заслуживает названия жизнеспасительных. «Применение их может спасти животных от последствий кровотечения, даже далеко превосходящего границы смертельного!!».

На X съезде хирургов, в унисон существовавшему господствующим взглядам председательствующий выразил мнение участников съезда следующими словами: «В настоящее время в борьбе с острым малокровием применяется исключительно физиологический раствор...».

Переливание крови настолько стало забываться русскими акушерами, что этот вопрос не подвергается даже теоретической разработке. Врачи-акушеры не составляют исключения; то же настроение и отношение к проблеме переливания крови царит также среди представителей других дисциплин.

Литература как бы исключила этот вопрос из повседневной жизни в течение всего последующего периода, и вплоть до Октябрьской революции переливание крови в акушерской практике ни разу не было применено.

Первые сообщения о произведенных за границей переливаниях

стабилизированной цитратом крови с подбором донора путем реакции изогемоагглютинации не возбудили должного интереса.

Груздев в руководстве по акушерству, изданном в 1922 г., пишет: «Горячо рекомендовавшееся прежде переливание крови в настоящее время почти всеми оставлено». Эти строки были написаны в то время, когда переливание крови в нашей стране еще только переступало порог к будущему росту и расцвету.

Октябрьская революция создала благоприятные условия для развития советской науки и рождения новых идей. Молодая Советская страна росла и крепла. Наряду с новыми направлениями в медицине начало развиваться и переливание крови.

В чрезвычайно короткий отрезок времени усилиями советских ученых проблема переливания крови была настолько разрешена, что стало возможным внедрять метод переливания крови даже в далеких уголках Советского Союза.

В настоящее время мечта многих поколений врачей прошлых столетий достигла таких высот, которые в то время могли быть отнесены лишь в область фантазии.

Честь первого переливания крови, произведенного в Советском Союзе, принадлежит заслуженному деятелю науки проф. В. Н. Шамову. В 1919 г. в г. Ленинграде им успешно было произведено первое переливание крови по поводу выраженной анемии, обусловленной маточным кровотечением, у больной, нуждавшейся в оперативном вмешательстве. Это успешное переливание крови впервые было произведено после предварительного подбора донора путем реакции изогемоагглютинации, для чего были специально изготовлены стандартные сыворотки. Первая удача сулила богатые перспективы ближайшего будущего. За первым переливанием крови последовали другие, не менее успешные; появились сообщения в литературе, и дело стало быстро расти и развиваться.

Естественно, что врачи-акушеры не могли оставаться в стороне при проведении в жизнь такого важного мероприятия советской медицины.

Начиная с 1925 г. в отечественной литературе стали появляться первые сообщения по вопросам переливания крови, представленные врачами-акушерами, к каковым должны быть отнесены работы сотрудников института А. Э. Мандельштама и Х. Г. Барского.

В последующем число сообщений по успешному применению переливаний крови постепенно возрастало, что свидетельствует о том большом научном интересе, который и по настоящее время продолжает существовать в акушерской дисциплине. Метод переливания крови становится тесно связанным с деятельностью врача-акушера. Он находит широкое применение как в акушерской, так и в гинекологической практике, способствуя повышению эффективности работы врача.

Ряд научных изысканий и практических предложений акушеров-гинекологов вписывают яркие страницы в историю развития проблемы переливания крови в советский период. Так, по инициативе академика **Малиновского**, наряду с донорской кровью возникает новый

источник — плацентарная кровь, которая стала широко использоваться в нашей стране. Естественно, что все этапы развития проблемы переливания крови не могли не отразиться на научной и практической деятельности Центрального института акушерства и гинекологии.

Освоение метода переливания крови в институте начинается фактически с 1926—1927 гг., что совпадает с началом производства первой операции трансфузии крови. Вначале эти операции были единичными и производились преимущественно по прямому методу.

По мере освоения указанного метода и упрощения техники переливания крови число трансфузий стало прогрессивно возрастать. Естественно, что в институте на росте числа случаев переливания крови безусловно сказалась организация в 1931 г. в г. Ленинграде станции переливания крови, переименованной в 1932 г. в институт переливания крови, который стал руководящим и организационным центром работы в г. Ленинграде и области.

В начале работы, в течение первых двух лет, переливание крови в институте производилось преимущественно в экстренных случаях. Для переливания крови использовались прикрепленные дежурные доноры, которые в случае необходимости вне зависимости от времени вызывались в институт.

Кроме того, в институте из числа сотрудников были созданы кадры доноров, которые могли быть использованы для экстренного переливания крови.

Первые переливания крови производились по прямому методу с помощью аппарата Веск'а, который вскоре был заменен другими аппаратами, в частности, при переливании свежецитратной крови тройником Ландсберга.

Возраставший интерес к переливанию крови, наглядные положительные результаты, достигнутые главным образом в случаях острой кровопотери во время родов или во время оперативного вмешательства, множили число проводимых трансфузий крови. Вместе с тем, существовавшие системы дежурных доноров и возможность неудач при взятии крови от последних недостаточно опытным врачом, естественно, осложняли обстановку работы, без того крайне напряженную в тех экстренных случаях, когда возникала острая необходимость трансфузии крови.

Большим достижением в работе Ленинградского института переливания крови явилась организация выпуска консервированной донорской крови, которой в необходимом количестве обеспечивались лечебные учреждения г. Ленинграда, благодаря чему отпала необходимость в использовании кадров дежурных доноров, ранее прикрепленных к лечебным учреждениям.

Наличие консервированной донорской крови, выпускаемой Ленинградским институтом переливания крови, и специальной статьи расхода, предусмотренной сметным ассигнованием, послужили дальнейшим толчком к широкому использованию трансфузии крови и углубленному изучению этого чрезвычайно мощного лечебного фактора при ряде заболеваний в акушерско-гинекологической практике. Упрощение техники переливания крови позволило привлечь к проведению

трансфузии крови всех врачей института и своевременно вооружить их новым методом терапии.

Таблица 1

Год	Акушерское отделение		Гинекологич. отделение		Общее количество трансфузий	% охвата больных переливанием крови
	донор.	плац.	донор.	плац.		
1930	2	—	1	—	3	—
1931	5	—	2	—	7	—
1932	25	—	7	—	32	0,26
1933	46	—	19	—	65	0,53
1934	63	—	22	—	85	0,61
1935	75	—	25	—	100	1,7
1936	82	—	39	—	121	1,9
1937	97	—	32	—	129	—
1938	101	30	30	15	176	—
1939	31	179	26	44	280 ¹	1,4
1940	24	162	17	86	289 ¹	3,9
1941	13	268	8	67	356 ¹	6,9
1944	10	—	4	—	14 ¹	2,9
1945	292	—	87	—	379	5,3
1946	334	197	81	58	670	7,2
Всего	1200	836	400	270	2706	—

Следующим этапом развития переливания крови в институте явилось открытие с осени 1938 г. специальной лаборатории по изучению и использованию плацентарной крови.

Организация указанной лаборатории позволила практически еще более внедрить метод переливания крови, организовать систематическое преподавание по вопросам переливания крови, а также (что являлось для института не менее важным), как правило, включить проблему переливания крови в план научно-исследовательских изысканий в области акушерства и гинекологии.

¹ Работа за полугодие.

В период войны с белофиннами (1939—1940 гг.), как и в годы Отечественной войны лаборатория неизбежно меняла содержание и объем своей работы. Сбор плацентарной крови временно прерывался.

После окончания Великой Отечественной войны лаборатория вновь начала свою научно-исследовательскую и практическую работу.

Штат сотрудников лаборатории следующий: заведующий — ст. научный сотрудник, младший научный сотрудник, лаборант и санитарка.

Отведенное для лаборатории помещение состоит из двух больших светлых комнат, из которых в одной установлен глухой остекленный бокс, где производится посев крови. Вторая комната, где производится заготовка посуды для сбора крови, разделена на стерилизационную и моечную. Сбор плацентарной крови производится дежурной акушеркой от нормальных рожениц, у которых в лицевой карточке женской консультации имеется пометка венеролога и данные об отрицательной реакции Вассермана, разрешившихся живыми, доношенными, здоровыми новорожденными.

Отбор рожениц проводится дежурным врачом-акушером, а в случае необходимости проводится консультация врача-венеролога.

Плацентарная кровь собирается самотечным способом, уколом иглы Дюфо в вену отсеченного отрезка пуповины, соединенную с помощью резиновой и стеклянной изогнутой трубки с бутылкой емкостью до 200,0. Кровь консервируется на 6% лимонно-кислом натрии. Среднее количество собираемой порции составляет 50—60 мл. плацентарной крови.

Кровь, поступившая в лабораторию, подвергается в боксе обязательному бактериологическому исследованию на стерильность, а также определению групповой характеристики.

Как показывают наши многочисленные исследования, постоянный бактериологический контроль каждой поступающей порции плацентарной крови является обязательным мероприятием, могущим своевременно предотвратить возможность переливания нестерильно собранной крови.

Мы считаем также обязательным одновременно с посевом крови производить определение группы из данной собранной порции крови, исключая тем самым возможность ошибки при использовании для этой цели крови, дополнительно собранной в специальную пробирку.

Реакция изогемоагглютинации плацентарной крови, в силу пониженной агглютинабельности эритроцитов, протекает более замедленно по сравнению с кровью взрослого человека. Указанное обстоятельство требует применения стандартных сывороток высокого титра, более длительного наблюдения за ходом реакции, а в ряде случаев применения лупы для окончательного ответа.

Серологический анализ плацентарной крови на RWa производится в обязательном порядке в каждом отдельном случае, причем для исключения самозадержек и извращения реакции рекомендуется пробирки для крови не стерилизовать в автоклаве совместно с аппаратом для сбора крови. Пары цитрата, проникшие в пробирку, как и «сдаивание» крови из пуповины, часто приводит к ошибочным данным.

Отрицательные результаты серологических реакций и посева, отсут-

стии гемолиза и сгустков позволяют считать кровь пригодной для трансфузии.

Каждая отдельная порция крови этикируется, причеи цвет этикетки и колпачка, покрывающего горло бутылки, определяется групповой реакцией крови. Этот момент является для врача, производящего переливание, дополнительным контрольным сигналом, предотвращающим лишней раз возможность ошибки при трансфузии.

На этикетке склянки с кровью приведены следующие данные: группа крови, данные R_{Wa}, количество крови, дата консервации крови и подпись лица, ответственного за выпуск крови. Кровь, пригодная для трансфузии, хранится на леднике, ежедневно проверяется на гемолиз. По нашим наблюдениям, средняя продолжительность пригодности плацентарной крови для трансфузии при стабилизации на 6% цитрате определяется в 14—15 дней при условии хранения на леднике при t° + 6° С.

Трансфузия плацентарной крови производится фракционным методом, причеи с обязательным контролем групповой реакции переливаемых порций крови, а также с предварительным фильтрованием через 5—6 слоев марли, увлажненной физиологическим раствором.

Начиная с 1939 г., мы отказались от необходимости специального подогревания перелитой крови во избежание возможных осложнений. Мы не отмечали увеличения числа посттрансфузионных реакций в связи с этим мероприятием.

В вышеприведенной таблице 1 представлены сводные данные по годам, раздельно для случаев переливания донорской и плацентарной крови.

Цифровые показатели с достаточной убедительностью иллюстрируют, как по мере ознакомления с лечебными свойствами трансфузии крови росло их число, как увеличивалось число случаев переливания плацентарной крови больным акушерского и гинекологического отделов института. Наибольшее число переливаний крови естественно было произведено среди акушерской группы больных, где показанием являлись преимущественно случаи острой кровопотери в родах.

Наряду с неотложными показаниями к трансфузии крови (острая кровопотеря, родовой шок), переливание производилось группе акушерских больных по поводу осложненного течения беременности, в частности по поводу *emesis* и *hyperemesis gravidarum*, различной степени малокровия, а также лихорадящим родильницам, у которых течение послеродового периода было осложнено наличием септической инфекции.

Группе гинекологических больных переливание крови чаще всего производилось по поводу вторичного малокровия, развившегося в результате длительных маточных кровотечений, а также при наличии злокачественных и доброкачественных опухолей половой сферы.

Переливание крови производилось также канкрозным больным, пользовавшимся рентгено-радио-терапией, а также в случаях операции Вертгейма в целях предупреждения развития послеоперационного шока.

Особую группу составляют случаи трансфузии крови, произведенные

по поводу такого серьезного оперативного вмешательства, каким является операция ручного отделения последа.

При патологическом течении последового периода переливание крови после указанного оперативного вмешательства производилось также в целях предупреждения возможности развития столь часто наблюдаемого тяжелого септического процесса, являющегося непосредственным результатом внутриматочных ручных манипуляций.

Трансфузии крови в подобных случаях получили наименование профилактических (Дерчинский); с 1938 г. они стали производиться каждой роженице после ручного отделения плаценты вне зависимости от степени кровопотери. Само оперативное вмешательство ручного отделения последа или задержавшейся части его, а также ручное обследование полости матки стало обязательным показанием к производству профилактического переливания крови в дозе не менее 100 мл.

В основу указанного профилактического переливания крови были положены следующие соображения, которые получили полное подтверждение как в лабораторных экспериментальных исследованиях, так и путем многочисленных клинических наблюдений.

Операция ручного отделения последа среди других оперативных вмешательств по тяжести исхода с давних пор занимает первое место.

Указанное оперативное вмешательство, как бы строго оно ни обставилось, продолжает в наше время давать в послеродовом периоде большой процент септической заболеваемости (30% и выше) и смертности (3,4%).

По данным Лятцко (Latzko), в его клинике 25% тяжело лихорадящих больных имели в анамнезе ручное отделение последа. Чрезвычайно демонстративные данные приводятся Соловьевым по г. Ленинграду за 1937 г. о материнской смертности от послеродового сепсиса.

Оказывается, что из 54 смертельно закончившихся септических послеродовых процессов в 22 случаях заболевание наступило после операции ручного отделения последа.

В новейших отечественных руководствах по акушерству (Скробанский, Гентер, Малиновский и Кушнир) дана совершенно правильная оценка этому оперативному вмешательству, а именно, что ручное отделение последа прогностически является опаснейшей акушерской операцией.

Жизненная необходимость производства подобного вида операции побудила научную мысль изыскивать пути к снижению смертности и септической заболеваемости в послеродовом периоде.

В основном это свелось к применению различных бактерицидных средств, вводимых в полость матки непосредственно после операции, или же к относительно возможному ограждению полости матки от инфекции, вносимой рукой оператора (Рогоза, Окинчиц и др.).

Указанными мероприятиями, в основном направленными на борьбу с микроорганизмом, лишь до известной степени удавалось снизить высокий процент заболеваемости и смертности.

Этому обстоятельству мы находим объяснение в первую очередь

в том, что недостаточно внимания было уделено макроорганизму, его ведущей роли в развитии заболевания, регуляции и направленности механизма ответных реакций на внедрившееся вредное начало (инфекцию).

Причинам возникновения такого большого процента заболеваемости после операции ручного отделения последа можно найти вполне рациональное объяснение в том, что в большинстве случаев приходится оперировать на человеке, у которого после перенесенной родовой травмы болевой фактор одновременно сочетается с анемическим.

Не редки те случаи, когда операция ручного отделения последа производится на резко обескровленной роженице. Врач, производивший операцию ручного отделения последа, фиксирует больше внимания на микроорганизме, прибегая с целью дезинфекции родовых путей и полости матки к различным, порой проблематичным, дезинфицирующим растворам.

Более или менее удовлетворительное самочувствие больной, несмотря на значительную кровопотерю, родовую и оперативную травму, уже не побуждает врача к проведению дальнейших мероприятий по повышению тонуса и мобилизации защитных сил в предстоящей или, быть может, уже развивающейся борьбе организма с инфекцией.

Такое состояние роженицы можно определить как мнимо или условно благополучное. Ответные защитные реакции организма несомненно ослаблены и нуждаются в мощном стимуляторе для их восстановления.

Естественно возникает мысль о том, чтобы профилактически даже в случаях умеренных кровопотерь, в целях усиления иммунологических реакций, столь необходимых в борьбе с инфекцией, производить переливание крови, хотя бы в небольших порциях (100—200 мл).

Переливание крови, производимое в подобных случаях при относительных явлениях малокровия, должно оказать благоприятное тонизирующее и стимулирующее действие на организм. Переливание средних и больших доз крови удовлетворяет требованиям стимуляции и обладает одновременно субституирующим эффектом. Перелитая кровь, обуславливая сложный процесс стимуляции организма, приводящий к активации функции ретикуло-эндотелиального аппарата и гемопозитической системы, вместе с тем десенсибилизирует организм реципиента по отношению к гноеродной инфекции (Богомолец).

Целесообразность проведения профилактических переливаний крови получила полное подтверждение в специально поставленных экспериментальных исследованиях (Дерчинский). Животным, у которых по методу Гармашевой вызывался инфекционный эндометрит, одновременно производилось кровопускание и последующее переливание крови.

В результате проведенных на 30 кошках исследований было установлено, что переливание крови, произведенное после местного заражения животных гемолитическим стрептококком или кишечной палочкой, оказывает задерживающее влияние на развитие и течение воспалительного процесса.

После переливания крови, произведенного непосредственно после заражения животных введением указанных бактериальных культур в полость матки, продолжительность экспериментального инфекционного эндометрита была короче и смертельные исходы от сепсиса были реже, по сравнению с опытами, когда переливание крови не проводилось. Кстати следует отметить, что физиологический солевой раствор, вводимый в контрольных опытах, не способствовал улучшению течения заболевания и не предупреждал развития септических осложнений.

Аналогично результатам экспериментальных исследований, которые своей постановкой были максимально приближены к условиям внутриматочного вмешательства, целесообразность применения профилактического переливания крови на клиническом материале также находит полное подтверждение. Нижеприведенные данные с достаточной убедительностью подтверждают сказанное о целесообразности проведения профилактического переливания крови при ручных внутриматочных вмешательствах.

Переливание донорской или плацентарной крови, производимое, начиная с 1938 г. как правило после операции ручного отделения последа или задержавшихся частей его, а также после ручного обследования полости матки, привело к резкому снижению послеродовых заболеваний и числа смертельных исходов.

На 322 указанного вида оперативных вмешательств, проведенных в течение 1938—1945 гг., с последующим обязательным переливанием консервированной крови, общесептические послеродовые заболевания наблюдались в 2,7% случаев, смертельные исходы после таковых — в 0,6% случаев. (См. табл. 3).

На 239 случаев ручного отделения последа или задержавшихся частей его общесептическая послеродовая заболеваемость наблюдалась в 3,3% случаев, со смертельным исходом в 0,8% случаев.

В целях сравнения эффективности действия переливания крови приводим данные 1937 и 1938 гг., когда в 137 случаях ручного отделения последа или задержавшихся частей его переливание крови не производилось. Общесептическая послеродовая заболеваемость в этой группе наблюдалась в 13,1%, со смертельным исходом — в 2,9% случаев. На 169 операций ручного обследования полости матки, произведенных в 1937 и 1938 гг. без последующего переливания крови, общесептическая послеродовая заболеваемость (без смертельного исхода) наблюдалась в 1,9% случаев. Наши сравнительные данные сходны с данными, приводимыми в литературе по этому вопросу — Гегаг, Фритч (Негаг, Фритч); Тимофеев, Лурье, Соловьев и др.

Приведенные сравнительные данные настолько разительны, что вряд ли требуют дополнительного пояснения по вопросу о целесообразности проведения профилактического переливания крови после указанных оперативных вмешательств. Они еще раз со всей убедительностью доказывают рациональность занимаемых институтом принципиальных позиций в вопросах профилактики послеродовых заболеваний.

Наряду с переливанием донорской и плацентарной крови, в инсти-

туте с 1940 г. начала применяться для трансфузии утильная кровь: кровь больных эклампсией или с явлениями эклампсизма, полученная при лечебном кровопускании.

В 1920 г. Бумм (Bumt) впервые практически осуществил идею трансфузии крови экламптичек, которую он переливал раковым больным без каких-либо осложнений.

Существовавшие возражения со стороны Фелинга (Fehling), Фрейнда (Freund) и других о возможности возникновения осложнений при переливании подобной крови ввиду наличия в ней эндотоксинов в дальнейшем подтверждения не получили.

Опыт Покровской, Красиной и др. с переливанием крови экламптичек доказал отсутствие предполагаемых осложнений; тем не менее, подобную кровь, видимо, не следует переливать беременным женщинам, а тем более женщинам, страдающим токсикозом. Естественно, что при переливании крови, полученной при кровопускании, необходимо произвести реакцию Вассермана и посев полученной порции крови. Перед трансфузией необходимо подвергнуть кровь фильтрованию ввиду возможности образования в ней сгустков. Всего в институте было произведено 69 трансфузий утильной крови 69 больным, причем в части случаев кровь переливалась больным с явлениями выраженного анемического шока, исходя из тех соображений, которые были высказаны Коганом-Ясным о наличии в утильной крови особых гипертонических субстанций, способных быстро восстановить низкий уровень кровяного давления. Переливаемая кровь была различных сроков консервации: от 4 до 20 дней, в количестве от 90 до 350 мл, причем ни разу не было отмечено никаких осложнений.

Переливание крови нефропатичек и экламптичек было произведено по следующим показаниям:

Таблица 2

Переливание крови нефропатичек и экламптичек

Показания к переливанию крови	Число случаев
Острая кровопотеря в родах	36
Профилактическое переливание крови после ручного отделения последа	15
Родовой шок	2
Внематочная беременность	5
Вторичное малокровие	11
Всего	69

Полученные результаты переливания крови нефропатичек и экламптичек при отсутствии осложнений позволяют и в дальнейшем использовать ее как дополнительный источник крови, способной заменить

Переливание крови после операции ручного отделения последа и ручного обследования последа и ручного обследования полости матки и течение послеродового периода

Вид оперативного вмешательства	Общее число пере-ливаемой консервиро-ванной крови	Течение послеродового периода										Контрольная группа							
		Общее число случаев	Общее число случаев с пред-шеств. другими оперативны-ми вмешательствами	донорской	плацентарной	Нормальное	Субинволюц. матки	Лихорадка от всасы-вания	Эндометрит	Параметрит и аднексит	Септикопиемия	Пиемия	Тромбофл. тазовых вен	Тромбофлеб. глубок. вен бедра	Мастит	Процент общесептических послеродовых заболеваний	Процент смертности	Общее число случаев	Процент общесептиче-ских послеродовых за-болеваний
Ручное отделение по-следа и задержа-ния частей его	239	58	94	145	142	45	9	23	6	3	2	2	1	5	3,3	0,8	137	13,1	2,9%
Ручное обследование полости матки	83	16	16	67	52	21	6	3	—	—	—	—	1	1	1,2	—	169	1,9%	—
Всего	322	74	110	212	194	66	15	26	6	3	2	2	2	6	2,7	0,8	306	7,1	1,3

донорскую консервированную кровь. Несомненно, что этот источник крови нуждается в дополнительных исследованиях, чтобы окончательно отвергнуть существующее к нему предубеждение.

Наряду с широким внедрением метода переливания крови в лечебную работу, в институте проводилась и научно-исследовательская работа по проблеме переливания крови. Сотрудниками института было проведено более 20 научных работ, посвященных вопросам изучения биологических свойств консервированной крови, реакции организма реципиента на переливание крови, техники определения групп крови и т. д. Ряд работ имеет лабораторно-экспериментальный характер, посвященный вопросам, не получившим до сих пор требуемого освещения в специальной литературе и имеющим безусловно также и практическое значение.

Наряду с подобными исследованиями имеются работы клинического характера, где подводятся итоги наблюдениям над переливанием крови, в частности больным с послеродовыми заболеваниями.

Имеются исследования в вопросах рационализации техники переливания и сбора плацентарной и ретроплацентарной крови.

Наряду с научной работой в институте проводилась также и педагогическая работа, которой были охвачены значительные контингенты врачебного и среднего персонала. Педагогическая работа по переливанию крови проводилась, как правило, с врачами-курсантами ГИДУВа, а в довоенный период с значительными контингентами врачей г. Ленинграда. Проводилась также устная и письменная консультация по вопросам переливания крови, преимущественно плацентарной, с врачами-акушерами периферии, которые, будучи заинтересованы указанным направлением работы на местах, получали специальные командировки в институт.

Прошло всего лишь 20 лет с того времени, когда Дюпюи-де-Френель впервые написал: «Для акушера умение переливать кровь столь же важно, как и искусство накладывания щипцов; если последнее часто спасает жизнь ребенку, то первое неоднократно возвращает жизнь матери»...

Советский врач-акушер в одинаковой мере ныне владеет тем и другим методом, спасая жизнь матери и ребенку.

Колоссальный опыт, накопленный и в довоенный период, и в годы Отечественной войны, позволяет расценивать этот метод ныне не как панацею. Требования сегодняшнего дня к переливанию крови вполне рациональны, законны, основаны на многочисленном опыте и богатстве знаний, накопленных в результате углубленного изучения этой чрезвычайно актуальной и бесконечно интересной, вечно новой проблемы.

Как видно из изложенного, институт в своей научной, педагогической и практической деятельности в довоенный период работы постоянно уделял внимание этой чрезвычайно важной проблеме. В ежегодную плановую научную тематику последнего десятилетия предвоенного периода, как правило, включались вопросы переливания крови.

Врачебные кадры, как и средний состав медицинских работников института, приобрели необходимые навыки практического использо-

вания метода переливания крови. Вопросы переливания крови неоднократно обсуждались на научных конференциях института, на которых заслушивались доклады и демонстрации сотрудников института.

В послевоенном периоде деятельности института проявляется то же неослабное внимание и научный интерес к проблеме переливания крови.

Осталось еще немало вопросов, которые требуют своего настоятельного разрешения и которые, несомненно, расширят рамки современных возможностей и полностью осветят целебные свойства переливания крови.

Залогом нашей дальнейшей успешной деятельности является обстановка, созданная советским ученым специальными постановлениями партии и правительства.

Проф. Р. Л. ШУБ

Клиническая и экспериментальная витаминология в ЦИАГ

Витामीнология очень молодая наука, но тем не менее она уже получила широкое признание в клинике.

Витамины являются экзогенными биологическими катализаторами, которые регулируют процессы внутриклеточного обмена и активируют важнейшие функции организма, как то: ферментативные, гормональные, нервные и другие.

Авитаминозы сопровождаются дегенеративными изменениями в органах и тканях, которые отчетливо выражены и в половой сфере. Мы нередко обнаруживаем при этом дегенеративные изменения в яичнике, атрофию фолликулов, кровоизлияния и разрушения клеточных элементов, и, как следствие этого, нарушение полового цикла.

С 1933 г. сотрудники ЦИАГ занимались изучением роли некоторых витаминов в акушерстве и гинекологии и провели ряд клинических и экспериментальных исследований.

Н. А. Подзоров посвятил свою докторскую диссертацию вопросу об изменениях в половом аппарате при А-авитаминозе.

А. В. Вицкая изучала экспериментально влияние А-гипо- и авитаминоза на беременность и потомство.

Обстоятельные исследования, проведенные Г. Д. Дерчинским, Н. А. Подзоровым и И. И. Яковлевым, касаются таких вопросов, как экспериментальная цынга и беременность, изменения в половом аппарате животных при С-гипо- и авитаминозе и С-авитаминозы в послеродовом периоде.

Обмен витамина С при нормальной и патологической беременности изучал М. В. Моцлев.

А. А. Куликовская (отчасти совместно с Н. А. Подзоровым) провела серию интересных работ об изменениях полового аппарата.

рата при экспериментальном рахите, о влиянии овариального гормона на течение экспериментального рахита и о действии овариолизата в условиях экспериментального D-авитаминоза. Эта группа исследований завершена работой А. А. Куликовской о действии гормональных веществ на восстановление половой функции при экспериментальном D-авитаминозе.

В послевоенном периоде вопросы клинической и экспериментальной витаминологии были значительно расширены.

Так, в конце 1944 г. по предложению директора ЦИАГ, проф. С. А. Ягунова автором настоящего очерка была развернута витаминная лаборатория, которая фактически превратилась в клинко-экспериментальное витаминное отделение, являющееся центром витаминной тематики института. В настоящее время нет ни одного отдела в институте, где не изучали бы в той или иной степени влияние важнейших витаминов на организм.

Витаминное отделение тесно связано со всеми клиниками и лабораториями института и проводит работу при постоянной консультации Ленинградского филиала Всесоюзного научно-исследовательского витаминного института, во главе с его руководителем, академиком А. А. Шмидт.

Концентрирование клинических и экспериментальных исследований вокруг изучения витамина В₁ явилось следствием наших многолетних исследований по изучению роли витаминов в физиологии и патологии женщины (см. монографии автора: 1) «Витамины при беременности и лактации» и 2) «Применение витамина В в акушерстве и гинекологии»).

На основании наших исследований, проведенных в ЦИАГ в 1945 и 1946 гг. (о них будет подробно изложено ниже), можно сказать, что витамин В₁ имеет гораздо большее значение в акушерстве и гинекологии, чем это считали ранее. Он выполняет ферментативные функции в различных видах обмена веществ: в обмене пировиноградной кислоты, в белковом, углеводном, водном и газовом обмене и влияет на нервную деятельность, обуславливая возникновение или передачу нервного возбуждения.

Основной тематикой витаминного отделения является в настоящее время изучение механизма действия витаминов, влияния витамина В₁ на болеутоление в родах и ускорение родового акта. Кроме того, изучается переход витамина В₁ от беременной к плоду и от матери к ребенку и взаимоотношение между витаминами и некоторыми половыми гормонами.

Старший научный сотрудник Н. А. Клычева разрабатывает вопрос о значении нервной системы в балансе витамина В₁.

Научный сотрудник А. М. Думова и проф. Шуб закончили работу о влиянии фолликулина и ацетилхолина на содержание витамина В₁ в животном организме.

Под руководством доц. Д. А. Кравец изучаются возможные биохимические сдвиги в организме женщины в связи с применением витамина В₁ в родах.

Аспирант Н. В. Кобозева закончила работу об изменении хронаксии при болеутолении витамином В₁.

Полная безвредность применяемого витамина В₁ в родах и благотворное влияние витаминов на развитие новорожденных установлено работами научных сотрудников М. Ф. Млечиной и Г. П. Поляковой. Зав. лабораторией плацентарной крови, ст. н. с. Г. Д. Дерчинский закончил работу о содержании витамина С в плацентарной крови. Ст. н. с. А. В. Вицкая изучает С. — витаминный баланс при недонашивании и т. д.

Обширные клинические и экспериментальные исследования по применению витамина В₁ в родах были развернуты и проведены в акушерском отделе (зав. акуш. отд. и акуш. клиникой профессора Р. Г. Лурье и П. А. Белошапко), в витаминной лаборатории Института (проф. Р. Л. Шуб) и патофизиологическом отделении Института (проф. Н. Л. Гармашевой).

Как известно, витамин В₁ является регулятором важнейших видов обмена, в частности, углеводного и обуславливает нормальную деятельность нервной системы, что само по себе имеет очень большое значение в процессах, происходящих в половых органах; он кроме того еще принимает участие в более интимных процессах полового цикла, как половое созревание, правильные половые циклы.

Участвуя в углеводном обмене, он не может не изменять условий деятельности мышц и в том числе гладкой мускулатуры, особенно тогда, когда требуется большая мышечная работа, как, например, при родовом акте. Участвуя же в деятельности нервной системы и, в частности, оказывая обезболивающий эффект при различных процессах, он, можно было думать, изменит и болевой синдром в родах.

Эти два соображения побудили нас изучать клинически и экспериментально влияние витамина В₁ в условиях родового акта.

Мы изучали влияние витамина В₁ на кровяное давление и дыхание небеременных и беременных животных, взаимоотношение между этим витамином и ацетилхолином, влияние нервной системы на содержание витамина В₁ в органах и тканях, влияние витамина В₁ на сократительную деятельность матки и на болевой синдром в родах.

Вкратце остановимся на механизме действия витамина В₁ в свете разработанного нами способа болеутоления и ускорения родового акта.

Витамин В₁ имеет близкое отношение к нервной системе и, в особенности, к вегетативной нервной системе. Известно, что под влиянием возбуждения в парасимпатических нервных окончаниях выделяется не только ацетилхолин, но и витамин В₁. Эти два вещества являются четвертичными аммиачными соединениями, содержащими свободные гидроксильные группы. Возможно поэтому они и оказывают сходное действие. Коштоянц считает, что для реализации действия ацетилхолина необходимо присутствие витамина В₁. Последний способствует наиболее быстрому образованию циклов возбуждения, т. к. он служит активатором парасимпатических медиаторов.

Из многочисленных работ, главным образом, отечественных авторов, посвященных изучению обезболивающего действия витамина В₁, известно, что болевые ощущения самой различной этиологии уменьшаются при введении витамина В₁. Боль ведет к уменьшению содержания этого витамина в организме и может даже привести к витаминной недостаточности, которая в свою очередь усиливает боль.

Вот почему при многих заболеваниях не только периферической и центральной нервной системы, но даже и при тех, где нервная система вовлекается вторично, для устранения боли с успехом применяется витамин В₁.

Участие ацетилхолина в функциях нервной системы в настоящее время бесспорно. В периоде родовой деятельности сопровождающейся возбуждением нервной системы, наблюдается выделение большого количества ацетилхолина (А. П. Николаев). Сопровождается ли это освобождением витамина В₁, пока неясно. Роль витамина В₁ ни в наступлении родовой деятельности, ни в возникновении при этом болевых ощущений неизвестна, и изучение этого представляет большой теоретический и практический интерес.

Каково же действие ацетилхолина и витамина В₁ на болевой синдром? Академик Орбели считает, что ацетилхолин в определенных дозировках может угнетать некоторые нервные центры и ослаблять болевые ощущения. Болеутоляющее действие витамина В₁ при первичных заболеваниях нервной системы может быть, повидимому, как периферическим, так и центральным.

Перераздражение и повышение чувствительности нервной системы, являясь следствием недостатка витамина В₁, также может иметь значение для восприятия болевых ощущений. Действует ли витамин В₁ непосредственно на нервные центры или потому, что при В₁-гиповитаминозе уменьшается количество ацетилхолина — это пока неясно, но в том или ином случае введение витамина В₁ может эти явления устранить.

Не менее интересные факты установлены в отношении действия витамина В₁ на гладкую мускулатуру. Витамин В₁ действует подобно ацетилхолину, вызывая сокращение гладкой мускулатуры. Опубликованные экспериментальные исследования показали усиление ацетилхолинового эффекта на мышцы при введении витамина В₁.

Недавно Чернов, Мазаев и Кудрявин из Института фармакологии АМН подтвердили наши экспериментальные данные о влиянии витамина В₁ на мускулатуру матки.

Влияние витамина В₁ на гладкую мускулатуру матки в родах тем более вероятно, т. к. во время родового акта возникает недостаток витамина В₁, благодаря его усиленному потреблению. Это показано нашими наблюдениями, установившими, что количество витамина В₁, выделяемое с мочой у рожениц, было ничтожным, даже в тех случаях, где производилась витаминная нагрузка. Возможно, что возникающий при этом В₁ гиповитаминоз имеет значение в возникновении и усилении болевого синдрома в родах.

Все вышеизложенные соображения явились основанием к всестороннему изучению роли витамина В₁, как фактора болеутоляющего и ускоряющего родовую деятельность.

Говоря о болеутолении в родах витамином В₁, мы не имеем в виду такого действия на роженицу, которое вызывается наркотиками. Как известно, витамин В₁ принадлежит к совершенно другим соединениям, и механизм его действия совсем иной. Не следует ожидать после его введения — состояния, близкого к наркотическому. Кора головного мозга при его действии не выключается и вся сознательная жизнь сохраняется полностью. Это не недостаток, а преимущество действия витамина В₁, хотя этот эффект и затрудняет оценку болеутоления, т. к. мы, акушеры-гинекологи к таким формам обезболивания пока еще не привыкли.

После испытания различных доз и концентрации витамина В₁, а также разных методов его введения, мы остановились на внутримышечном введении концентрированного раствора витамина В₁ в количестве 60 мг в начале родовой деятельности и в случае надобности дополнительно вводили 40 мг, а в отдельных случаях витамин В₁ вводился в третий раз.

Необходимо указать, что витамин В₁ имеет определенный срок годности к употреблению, а раствором необходимо пользоваться концентрированным (по 20 мг. в ампуле). Все обезболенные, а также контрольная группа рожениц нами обследуются по специальной ихеме. Влагалищным исследованием устанавливается степень раскрытия шейки матки и затем независимо от периода родов вводится витамин В₁.

Учет эффективности болеутоления и родоускорения нами производился на основании клинических наблюдений врачебных дежурных бригад, а в ряде случаев — эффективность болеутоления учитывалась объективными методами.

Уместно указать здесь же и на возможные причины расхождений в оценке эффективности болеутоления витамином В₁, которые отмечались в некоторых учреждениях.

Во-первых, нередко применялся витамин В₁ низкой концентрации или он был изготовлен более полгода назад, некоторыми применялся трофейный препарат витамина В₁. Отдельные авторы предъявляют к витамину В₁ такие же требования, как к наркотикам, что совершенно неверно, как мы выше указывали.

Анализируя данные болеутоления витамином В₁ у 2500 рожениц (наблюдения в течение 3-х лет), необходимо указать, что мы в целях более строгой оценки эффективности болеутоления изменили номенклатуру, характеризующую степень эффективности, почему суммарные средние данные на значительно большем материале отличаются от данных, опубликованных в монографии.

В общем, на нашем материале мы имели болеутоление более чем в половине всех случаев.

Объективность полученных данных подтверждается еще и работой н. с. Н. В. Кобозевой, которая изучала изменение сенсорной и мотор-

ной хронаксии при обезболивании родов витамином B_1 и сопоставляла полученные данные хронаксиметрии с клиническим эффектом болеутоления.

На основании этих данных, были сделаны следующие выводы:

1. Моторная и сенсорная хронаксия во время родового акта удлинялась. Удлинение было тем больше, чем сильнее были болевые ощущения.

2. После введения витамина B_1 у рожениц наступало укорочение сенсорной и моторной хронаксии. Укорочение было тем резче, чем более выражен был обезболивающий эффект.

3. При отрицательном эффекте — в большинстве случаев хронаксия не изменялась, таким образом, метод хронаксии дает возможность объективного учета степени обезбоживания родов витамином B_1 .

Что касается родоускорения при применении витамина B_1 в родах, то оно наблюдалось как у первородящих, так и у повторнородящих.

Несколько слов о влиянии болеутоления витамином B_1 на новорожденного.

Детский отдел Института систематически изучает влияние применяемого витамина B_1 в родах на новорожденного, главным образом, в 2-х направлениях: ведет ли ускорение родовой деятельности под влиянием витамина B_1 к повышению частоты различных родовых травм новорожденных и оказывает ли введение больших доз витамина B_1 в родах влияние на дальнейшее физиологическое развитие новорожденных. Это весьма важно, так как сотрудники Института Думова и Волынская установили, что в плаценте обезболенных рожениц содержится свободного и общего витамина B_1 значительно больше, чем у контрольных.

На основании данных обследования и наблюдения 1310 детей обезболенных и необезболенных матерей, научные сотрудники Института Полякова и Млечина (детский отдел, профессор Б. Ф. Шаган) пришли к выводам о том, что применение витамина B_1 в родах не оказывает неблагоприятного влияния на новорожденных. Последующее развитие новорожденных обезболенных матерей протекает благоприятно, а в некотором отношении дает даже лучшие показатели, чем дети контрольной группы, как например, более бодрое общее состояние, более быстрое восстановление веса, менее выражена физиологическая желтуха, а резкие степени желтухи у них почти не встречались (0,2%, вместо 1,6% среди контрольной группы).

В соответствии с решением Ученого Медицинского Совета Министерства Здравоохранения Союза ССР, мы в настоящее время заняты дальнейшим изучением механизма действия витамина B_1 и условий, в которых это действие окажется оптимальным.

Избранный нами путь в изучении болеутоления и родоускорения является принципиально новым. Наш способ выгодно отличается от применяемых наркотических веществ в первую очередь своей полной безвредностью для матери и ребенка, что отмечается всеми исследователями и оппонентами. Изучаемые нами в настоящее время новые

модификации (на основе синергетического действия витаминов и сочетания их с некоторыми биологическими веществами) проводятся для максимального усиления болеутоляющего эффекта витамина В₁. Наш метод является отечественным достижением, который заслуживает дальнейшего изучения и усовершенствования в целях широкого внедрения его в практику после соответствующей апробации.

Представленные в настоящем очерке данные являются первыми материалами из серии намеченных нами исследований по изучению механизма действия важнейших витаминов (А, С, В₁, Е, К и никотиновая кислота), а также по разработке методов их рационального использования в акушерстве и гинекологии.

Ст. научн. сотр. С. М. БЕККЕР

Организация и деятельность биофизической лаборатории в ЦИАГ

Великая Октябрьская социалистическая революция открыла широкие возможности для развития биофизики в России.

В этом отношении знаменательной датой был 1919 г., когда по инициативе Наркомздрава был организован специальный научно-исследовательский биофизический институт.

Это был первый в Союзе (и первый в мире) руководящий научный центр работ по биофизике. В дальнейшем начали открываться биофизические лаборатории, в первую очередь при крупных научно-исследовательских институтах.

Одной из первых биофизическая лаборатория была открыта при Центральном научно-исследовательском акушерско-гинекологическом институте НКЗ СССР. Это произошло в 1932 г. Ее открытие связано с именем крупнейшего советского биофизика академика П. П. Лазарева, взявшего шефство над лабораторией. Непосредственным руководителем последней был назначен доцент (ныне профессор) И. И. Яковлев.

До открытия лаборатории вопросы биофизики в научно-исследовательской и лечебной деятельности института были представлены очень скудно (мы не касаемся раздела физиотерапии, который описывается отдельно). Имелись лишь отдельные работы, отражающие попытки приложения к медицине достижений физики.

Так, в 1901 г. Д. О. Отт разработал метод вентроскопии при влажных операциях; в 1906 г. Ястребов сконструировал прибор для исследования женского таза; в 1908 г. Гузарчик защитил диссертацию на тему: «Капиллярный дренаж матки, как метод лечения послеродовых эндометритов». В 1910 г. Лурье сообщила о действии фульгурации на рак матки и о влиянии радия, X-лучей, фульгурации

и электрокоагуляции на опухоли мышей. В 1925 г. Вербов, установив закон перистальтического движения матки во время родов, предложил свой родовспомогательный бинт для усиления родовой деятельности.

Из всех вопросов биофизики, затронутых в это время исследованиями отдельных авторов, серьезное развитие получил лишь один, а именно: применение для лечения рака матки лучистой энергии. Этот раздел биофизики сразу же по своей значимости вырос в самостоятельную область знания.

После фундаментальной диссертационной работы В. А. Полубинского появилась целая серия исследований по лечебному применению радия для лечения рака матки. Если не считать работы Белугина по анализу причин смерти раковых больных, все работы по этому вопросу были проведены Полубинским и его сотрудниками. Его заслугой явилась детальная разработка метода фракционированного радиолечения рака матки, давшего высокий лечебный эффект и в настоящее время общепризнанного.

Повивальный институт был одним из четырех учреждений России, которые смогли в 1913 г. приобрести для лечебных целей достаточное количество радия. (Эти четыре учреждения были — Институт им. Морозовых при Московском университете, Еленинская больница Елисевых, Александро-Невский приют и Повивальный институт).

Открытие в 1932 г. специальной лаборатории повлекло за собой углубленное изучение вопросов биофизики в области акушерства и гинекологии.

Первые работы касались изучения чувствительности головного мозга при беременности. Работы эти были проведены под непосредственным руководством и при участии академика Лазарева. Применялись методы изучения адаптации. Этими исследованиями были установлены следующие важные факты.

1. Чувствительность центров головного мозга падает на третий месяц беременности и за 12 дней до родов. Это приводит к повышению рефлексов и создает благоприятные условия для самопроизвольного аборта при 12-недельной беременности и для начала родовой деятельности при беременности доношенной.

2. Наиболее благоприятными для усиления родовой деятельности являются вещества, которые понижают возбудимость головного мозга при одновременном повышении деятельности спинного мозга.

Примерно с 1936 г. работа биофизической лаборатории была направлена на разработку проблемы применения электричества для обезболивания и наркоза. Эта работа была суммирована в монографии Яковлева и Петрова (1938 г.).

Применяя постоянный, прерывистый ток с периодическими толчками трапецевидной формы, частотой около 100 герц, авторы в опытах на животных и испытаниях на человеке убедились в пригодности электричества для целей анестезии и наркоза.

Одновременно в лаборатории велись работы по изучению явлений возбуждения в тканях и в органах. При этом применялся метод хронометрии — моторной, сенсорной, оптической и тепловой. Для изу-

чения действия тепла сотрудником лаборатории инженером Петровым был сконструирован особый прибор — тепловой хронаксиметр. Кроме того, для изучения электрической характеристики живой ткани был использован катодный осциллограф.

При изучении вопросов возбудимости нервной системы была принята энергетическая оценка совершающихся процессов. Были записаны осциллограммы мощностей процесса нервного возбуждения.

Из работ этого раздела биофизики особого внимания заслуживает применение хронаксиметрии с целью объективного учета обезболивания родов.

Наличие болевого ощущения уменьшало величину кожной и моторной чувствительности; устранение боли повышало таковую.

Большое внимание уделяла лаборатория изучению нормального родового акта, подходя к этой проблеме с биофизической точки зрения.

Разработка этой проблемы была поставлена широко и разносторонне; она затронула такие вопросы, как роль плодного пузыря и околоплодных вод в механизме родового акта; значение сыровидной смазки; причины, обуславливающие возникновение родового акта; положение плода, его поступательное движение при родах и т. д. Эта работа была суммирована в монографии Яковлева и Петрова, изданной в 1940 г. под заглавием: «Новые пути в изучении родового акта».

Результаты сделанных исследований и наблюдений внесли много нового в понимание механизма отдельных моментов родового акта.

Великая Отечественная война временно прервала творческую деятельность биофизической лаборатории.

Сильно пострадавшая в период блокады Ленинграда, лаборатория в настоящее время вновь возрождается. Перед нею стоят две основные задачи:

1. Организовать свою работу на уровне современных достижений физики и техники и

2. Направить биофизические методы исследования на решение тех проблем, которые поставлены перед советским здравоохранением в области акушерства и гинекологии в четвертой Сталинской пятилетке.

Огромные достижения современной физики и техническая возможность их применения к изучению вопросов биологии и медицины открыли перед биофизикой широкие перспективы.

Применение современных биофизических методов в работе лаборатории является залогом ее плодотворной работы в ближайшие годы.

Проф. Ю. И. АРКУССКИЙ

История и перспективы развития рентгенологии в ЦИАГ

Первая установка рентгеновского аппарата в институте относится к 1904 г. Однако техническая недостаточность аппарата препятствовала достаточно широкому его использованию. В 1914 г. в институте были установлены два рентгеновских аппарата системы Реформ фирмы Файфа. Они имели универсальное назначение, были использованы для диагностических целей во время первой империалистической войны, а также для лечения фибромиом и климактерических кровотечений. Только в 1930 г. рентгеновский кабинет был снабжен мощным аппаратом Стабиливольт-Монопан фирмы Файф—Ренигер—Шалль. Этот аппарат позволил проводить комбинированную рентгено-радиотерапию злокачественных новообразований и глубокую рентгено-терапию фибромиом, воспалительных заболеваний и т. п.

Рентгеновский кабинет был выделен как самостоятельный раздел отделения физических методов лечения, руководимого С. А. Ягуновым. Заведывала кабинетом д-р Л. Р. Протас.

За время своей деятельности с 1930 по 1941 гг. рентгеновский кабинет провел интересную и плодотворную работу по различным разделам акушерства и гинекологии. Была разработана методика получения снимков внутриутробного плода, что позволило значительно уточнить диагностику спорных случаев многоплодной беременности, аномалий положения и предлежания плода. Совместно с д-ром Соловьевым д-р Протас провела изучение повреждений таза (расхождений симфиза) во время родов. Была разработана и освоена методика рентгенографического изучения мочевой системы женщины при различных заболеваниях и травматических повреждениях, в частности, пиелография путем внутривенного введения сергозина, рентгенография свищей и т. п. Полученные данные легли в основу некоторых разделов акушерско-гинекологической урологии (А. М. Мажбиц).

Большая и углубленная работа была проведена рентгеновским кабинетом в области изучения функционального состояния тазового дна и проходимости фаллопиевых труб, как методом метросальпингографии, так и методом пнеймоперитонеума путем введения газа через фаллопиевы трубы (С. А. Ягунов и Л. Р. Протас).

В течение ряда лет, с 1933 по 1941 г., проводилось систематическое изучение состояния костного скелета (диэпифизарных ран трубчатых костей кисти), а также области турецкого седла у больных с нарушением менструальной функции (Л. Р. Протас и Е. И. Гуревич).

Полученные данные в совокупности с другими клиническими обследованиями позволили подойти более точно к вопросу о генезе некоторых видов аменореи (Е. И. Гуревич).

Обширная, многообразная работа проделана рентгеновским кабинетом в сфере терапевтического применения рентгеновских лучей при различных заболеваниях женской половой сферы. Совместно и под руководством В. А. Полубинского была разработана методика комбинированной фракционированной рентгенотерапии рака матки и методика профилактического облучения после радикальной операции по поводу рака шейки матки, обязательно проводившейся в институте. Совместно с клиникой неоперативной гинекологии проводилась рентгенотерапия воспалительных заболеваний женской половой сферы, рентгенотерапия фибромиом и некоторых форм маточных кровотечений в преклимактерическом и климактерическом периодах. Широко изучалась рентгенотерапия области гипофиза и диэнцефалона при климактерических неврозгах; применение ее в 95 случаях увенчалось хорошими как непосредственными, так и отдаленными результатами (д-р А. Р. Попова - Дюмина).

Совместно с клиникой послеродовых заболеваний была произведена работа по рентгенотерапии послеродовых маститов.

Кроме того, рентгеновским кабинетом проводилось параллельно рентгенологическое изучение легких, сердца, желудка и кишечника у больных с соответствующими показаниями беременных женщин, страдающих пороком сердца, токсикозами первой половины беременности и т. п.

За период времени с 1930 по 1941 г. рентгеновским кабинетом была проведена большая практическая и научно-исследовательская работа, часть которой была освещена в ряде научных работ, вышедших из рентгеновского кабинета и соответствующих клиник. К сожалению, в период Отечественной войны во время блокады Ленинграда очень многие материалы рентгеновского кабинета, в том числе и ряд почти совершенно законченных работ, погибли. В период Великой Отечественной войны рентгеновский кабинет института провел огромную работу по обслуживанию больных и раненых госпиталя, развернутого на территории института.

С 1944 г. с возобновлением работы института деятельность рентгеновского кабинета значительно оживает.

Благодаря неутомимой энергии руководителя института проф. Ягунова и всего коллектива сотрудников в короткий срок залечиваются глубокие раны, нанесенные институту в дни блокады Ленинграда.

Заново перестраивается вся научно-исследовательская работа института. Во главу угла поставлена физиология и патофизиология беременной женщины и новорожденного.

Сообразуясь с новыми требованиями, перестроилось и рентгеновское отделение. Количество рентгенодиагностических кабинетов удвоено; штат соответственно увеличен и пополнен квалифицированными специалистами.

Главное внимание, в силу создавшихся условий, в данный момент уделяется рентгенодиагностике; но не забыта, разумеется, и рентгенотерапия.

Если в былые годы рентгеновскому исследованию подвергалась только незначительная часть беременных женщин, то в настоящее время такому обследованию подвергается большинство поступающих в институт беременных женщин и гинекологических больных. С открытием новых кабинетов станет возможным переход к поголовному обследованию находящихся на излечении в институте женщин и новорожденных. О размахе работы рентгеновского отделения можно судить по тому, что за два года при наличии одного функционировавшего рентгенкабинета произведено 3678 просвечиваний и 3579 снимков, т. е. 7257 рентгеновских исследований.

Чтобы расширить свои диагностические возможности и дать синтез заболевания, а не рентгенологический анализ отдельных явлений, всякое исследование сердечного больного дополняется клиническими и электрокардиографическими данными. Это комплексное исследование имеет определенные преимущества и дало положительные результаты на практике.

Помимо своей специфической тематики рентгеновское (и электрокардиографическое) отделение принимает участие в разработке проблем, выдвигаемых клиниками и лабораториями института.

Проблемы, разрабатываемые рентгеновским отделением в настоящее время, следующие:

1. Влияние беременности на нормальное и патологическое сердце.
2. Анатомо-формологическая характеристика сердца у новорожденного.
3. Исследование акта дыхания у новорожденных в норме и при патологических условиях.

Мы надеемся, что нам (совместно с нашими сотрудниками Гриневой и Полоцкой) удастся обосновать положение, что лишь в определенном проценте случаев заболевание сердца может явиться препятствием для доношивания беременности.

Изучение организма новорожденного является актуальной и неотложной темой.

В мировой литературе можно найти немало разрозненных работ как клинических, так и рентгенологических, посвященных сердцу новорожденного. Но в то же время нет обобщающих работ, в которых затронутый вопрос был бы освещен всесторонне. До настоящего времени не выработана единая методика рентгенологического исследования сердца новорожденного; нет общепризнанной морфологической характе-

ристики сердца новорожденного, не говоря уже об определении некоторых функций: сократительной и функции тоничности. Некоторые проблемы в этой области в настоящее время удалось заполнить благодаря применению для диагностических целей специально сконструированного нами рентгенокимографа, который дал возможность получения впервые вполне пригодных для анализа рентгенокимограмм сердца новорожденного.

Весь комплекс вопросов, сюда относящихся, изложен в диссертации сотрудника рентгеновского кабинета Д а ш е в с к о й.

Вопросу дыхания у новорожденных, в норме и при патологических состояниях, посвящена довольно обширная литература. Не мало уделено внимания анализу дыхания. Разумеется, что наиболее объективным методом, регистрирующим дыхание, может быть рентгенологический, вернее, рентгенокимографический. Нам уже удалось добиться совершенной рентгенографии легких и сердца, пользуясь диафрагмой Л и с г о л ь м а.

Очередной задачей является освоение рентгенокимографии дыхания. Нет сомнения, что этот метод исследования, впервые примененный нами в клинике новорожденного, даст положительный результат, поможет улучшить диагностику, а тем самым и терапию.

Оглавление

Акушерский отдел

	Стр.
1. Проф. <i>Р. Г. Лурье</i> — Акушерская клиника в ЦИАГ	5
2. Проф. <i>П. А. Белошапко</i> — Подготовка родовых путей в родах	49
3. Проф. <i>А. Ф. Пальмов</i> — Учение об узком тазе и о терапии родов при нем в ЦИАГ за 150 лет его деятельности	58
4. Ст. научн. сотр. <i>Л. А. Шуссер</i> — Эволюция терапии тазовых предлежаний	70
5. Ст. научн. сотр. <i>Л. Н. Гранат</i> — Операция наложения щипцов за 150 лет существования ЦИАГ (с 1797 по 1947 г.)	79
6. Канд. мед. наук <i>М. З. Коган</i> — Эволюция кесарского сечения за 150 лет существования ЦИАГ	86
7. Проф. <i>П. А. Белошапко</i> — Лечение предлежаний плаценты	97
8. Проф. <i>А. Ф. Пальмов</i> — История развития послеродового отделения	106

Послеродовые заболевания

1. Проф. <i>Л. И. Бубличенко</i> — Клиника послеродовых заболеваний в ЦИАГ	116
2. Проф. <i>С. Г. Хаскин</i> — Лечение послеродовых заболеваний	152
3. Мл. научн. сотр. <i>Ф. С. Вейц</i> — История возникновения и развития деятельности клиники ранней пuerперальной инфекции	182
4. Научн. сотр. <i>С. Н. Зильберт</i> — Заболевание грудных желез	188

Оперативная гинекология

1. Ст. научн. сотр. <i>Е. И. Гуревич</i> — Исторический очерк развития гинекологического отделения в ЦИАГ	199
2. Ст. научн. сотр. <i>Е. И. Гуревич</i> — Физиология и патология менструальной функции	227
3. Проф. <i>Э. М. Каплун</i> — Эволюционные пути хирургического лечения фибромиомы матки	242
4. Ст. научн. сотр. <i>Л. А. Решетова</i> — Предоперационная подготовка	258
5. Канд. мед. наук <i>Е. С. Туманова</i> — Профилактика и терапия послеоперационных осложнений	265
6. Ст. научн. сотр. <i>Е. П. Майзель</i> — Бесплодие	276
7. Канд. мед. наук <i>П. А. Загваздин</i> — Внематочная беременность	287
8. Доц. <i>С. М. Беккер</i> — Опухоли яичников	296
9. Научн. сотр. <i>М. А. Нигин</i> — Опушение и выпадение женских половых органов	307
10. Ст. научн. сотр. <i>Е. Е. Полоцкий</i> — Пороки развития половых органов женщины	317
11. Ст. научн. сотр. <i>Л. А. Шуссер</i> — Оперативное лечение рака матки	324

Неоперативная гинекология

1. Проф. **В. А. Полубинский** и ст. научн. сотр. *М. А. Турдакова* — Очерк развития гинекологической клиники неоперативных методов лечения в ЦИАГ . . . 337
2. Проф. **В. А. Полубинский** и научн. сотр. *М. А. Нигин* — Применение радиоактивных веществ и рентгеновских лучей в ЦИАГ 348
3. Научн. сотр. *А. Г. Болгова* — Туберкулез женской половой сферы 364
4. Ст. научн. сотр. *Е. П. Майзель* — Опыт работы ЦИАГ по диагностике и лечению женской гонорреи 369
5. Проф. *А. М. Мажбиц* — Организация акушерско-гинекологической урологии в ЦИАГ как самостоятельной дисциплины 381
6. Доц. *Ш. Я. Микеладзе* — Применение массажа в гинекологии 406
7. Доц. *Ш. Я. Микеладзе* — Применение лечебной гимнастики в акушерстве и гинекологии 413

Физиотерапия

1. Проф. *С. А. Ягунов* и ст. научн. сотр. *Л. Н. Старцева* — История организации и развития отделения физических методов лечения в ЦИАГ 421

Лабораторный отдел

1. Ст. научн. сотр. *А. А. Куликовская* — Патоморфологическая школа ЦИАГ от начала его существования по 1946 год 471
2. Ст. научн. сотр. *Д. А. Кравец* — Обзор деятельности биохимического отделения ЦИАГ (1926—1946 гг.) 486
3. Ст. научн. сотр. *А. А. Сеницкий* — Развитие и направление деятельности бактериологического отделения ЦИАГ 500
4. Проф. *Н. Л. Гармашева* — Развитие и деятельность патофизиологической лаборатории в ЦИАГ 511
5. Ст. научн. сотр. *Г. Д. Дерчинский* — Переливание крови в ЦИАГ 518
6. Проф. *Р. Л. Шуб* — Клиническая и экспериментальная витаминология в ЦИАГ 533
7. Ст. научн. сотр. *С. М. Беккер* — Организация и деятельность биофизической лаборатории в ЦИАГ 540
8. Проф. *Ю. И. Аркусский* — История и перспективы развития рентгенологии в ЦИАГ 543

Технический редактор
И. С. Альтшуллер

Сдано в набор 18/III-1947 г.
Подписано к печати 23/X-1947 г.
М—8433. Тир. 2000 экз. Формат бумаги $82 \times 110^{1/16}$. Печатных листов $68^{3/4}$. Учетно-издательских $53^{1/2}$.

21-я типография имени Ивана Федорова треста „Полиграфкнига“ ОГИЗа при Совете Министров СССР. Ленинград, Звенигородская, 11.

О П Е Ч А Т К И

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
83	16 сверху	редукцией	с редукцией
104	10 "	оказалось переливание крови	оказался метод переливания крови
210	11 "	составляя	составивший
216	24 снизу	влагалищным путем 218 раз	брюшно-стеночным путем 1218 раз
257	16 сверху	6.2%	1.2%
257	19 "	1.1%	6.1%
259		оперативного	операционного
312	16 сверху	1.4%	1/4%
319	17 "	coicum	copicum
474	23 снизу	карциногенных	карогенных
475		эпителий слизистой матки	трубноматочный эпителий
523	21 сверху	перелитой	переливаемой
528	3 "	переливаемой	переливаний
528	последняя снизу	08	06