

Из Акушерско-гинекологической клиники Госмединститута Белоруссии  
(дир. проф. М. Л. Выдрин).

## О лечении предлежания последа.

Л. И. Канторович и М. А. Раппопорт.

Предлежание детского места принадлежит к числу опаснейших осложнений беременности и родов, часто грозящих гибелью матери и плоду. Этиология этого осложнения до настоящего времени ясно не выявлена, а в отношении терапии существуют сторонники как строгого консерватизма, так и крайнего активизма. Поэтому выбор терапевтического вмешательства является далеко не легкой задачей. В связи с этим считаем необходимым проанализировать материал клиники за 10 лет.

За период времени с 1925 по 1934 г. включительно в акушерско-гинекологической клинике на 10159 родов наблюдалось 62 случая *plac. praevia*, т. е. 1:164. Это составляет значительно большую частоту, чем данные других авторов, напр. Побединского, Марковского, Stöckel'я, Hoffmeier'a и Schauta. Последние авторы дают цифры 1 на 500—600 родов. Такой процент предлежания последа на нашем материале отчасти объясняется тем, что этого рода патологию все роддома Минска отправляли исключительно в нашу клинику. По данным же других авторов предлежание последа наблюдается еще чаще, так по Zweifel'ю—1:56,4, Rankow'u—1:80 и 1:90 родов. Подобное расхождение в некоторой степени зависит также от отсутствия единства в классификации различных разновидностей предлежания последа.

По видам предлежания материал распределяется: *plac. praevia centr. s. totalis*—17 случаев, *plac. praevia lateralis s. partialis*—45 случаев. Случай с низким прикреплением последа мы в расчет не принимаем, что часто включается в статистику предлежаний последа. Распределение на частичное и полное предлежание последа является вполне удобным, хотя строгое разграничение между этими обоими видами предлежания не всегда объективно возможно и зависит от степени раскрытия внутреннего зева. Характер предлежания мы, придерживаясь положения Zweifel'я, определяли при неполном раскрытии внутреннего зева (даже при одном пальце открытия).

Возраст больных: от 18 до 30 лет—21, от 31 до 40 лет—33, от 40 до 45 лет—8. Следовательно наибольшее количество случаев (66,1%) падает на более пожилой возраст, от 30 до 45 лет.

Почти все авторы сходятся на том, что основным этиологическим моментом в возникновении *placentae praeviae* является эндометрит. Последний, как известно, часто возникает на почве плохой инволюции матки после частых родов и в результате аборта. По Марковскому у повторнорожавших в 11 раз чаще наблюдается предлежание последа, чем у первобеременных. По данным Липского предлежание последа у повторнорожавших было в 8 раз чаще, чем у перворожавших. На нашем материале перворожавших было 9, а повторнорожавших 53, т. е. в 6 раз больше. 35 больных (56,5%) имели в анамнезе выкидыши, причем по одному выкидышу имели только 10 больных, остальные—от 2 до 8. Из 27 больных, не перенесших абортов, у 16 было большое количество родов (у 9—до 5 родов, у 7—до 8 родов). Из 9 первородок у 3 первая

беременность кончилась искусственным абортom. Остальные 6 не дают никаких указаний для установления этиологического момента в возникновении предлежания последа. Нужно допустить, что в этиологии последнего играют роль еще другие неизвестные факторы. Плац. праевия довольно часто осложняется неправильным положением плода и преждевременным прерыванием беременности. Неправильные положения плода мы наблюдали 9 раз: 5 раз поперечное, 1 раз косое и 3 раза ягодичное. Такое частое ненормальное положение плода объясняется, с одной стороны, наступлением родов ранее срока, когда еще не установилось окончательно нормальное положение плода, с другой — изменением конфигурации матки вследствие предлежания последа.

В 35 случаях (56,5%) прерывание беременности наступило ранее срока: на 36 неделе — 9 случаев, на 32 — 14, на 30 — 3 случая, на 28 — 4, на 26 — 2, на 24 — 3. По данным ряда авторов частота преждевременных родов колеблется от 46 до 61% (Малявинский 59,3%, Строганова и Павлоцкая 55,1%, Марковский 61%).

Главная опасность предлежания детского места заключается в кровотечении, происходящем вследствие отслойки последа, зависящей в свою очередь от раскрытия внутреннего зева и растяжения нижнего сегмента.

Все больные поступили в клинику исключительно по поводу кровотечения, причем родовая деятельность совершенно отсутствовала только у одной больной, у остальных она была незначительной. Сильное кровотечение отмечено у 19 больных, среднее у 20 и умеренное у 23. У 29 больных (45%) кровотечение началось за несколько дней или несколько часов до поступления в клинику. В остальных случаях продолжительность кровотечения была от 15 до 90 дней с определенными промежутками. В большинстве случаев (89%) кровотечение началось со второй половины беременности, в 7 же случаях — с 3—4 месяца. В 13 случаях доношенной беременности кровотечение до появления родовой деятельности не наблюдалось. В 3 же случаях кровотечение наблюдалось только в первые месяцы беременности, на протяжении же последующих месяцев до начала родов не возобновлялось. Наиболее частым было поступление больных с открытием зева на 1—2½ пальца. Так, с закрытым зевом поступила 1 больная, с открытием зева на 1 палец — 9 больных, на 1½ пальца — 7, на 2 пальца — 15, на 2½ пальца — 14, на 3 пальца — 7 и на 4 пальца — 9 больных. Сила кровотечения обыкновенно возрастает с увеличением открытия зева, однако на нашем материале мы не могли констатировать параллелизма между силой кровотечения и величиной открытия зева. Тяжелое кровотечение не исключено и при совершенно закрытом зеве. То же можно сказать и о тяжелых формах, проявляющихся уже при открытии в 1—2 пальца. Так, напр. тяжелое кровотечение отмечено у больной, поступившей к нам с закрытым зевом.

Жизнь плода (ясное прослушивание сердцебиения) на нашем материале отмечена в 45 случаях (72,4%), в 17 случаях плод был мертвым. Связь мертвых плодов с силой кровотечения выражена в следующем: на 43 случая с умеренными и средними кровотечениями мертвых плодов было 7 (16,3%), а на 19 с сильным кровотечением мертвых плодов было 10 (53%). Таким образом, наибольшее число мертвых плодов падает на случаи с сильным кровотечением. Максимум мертвых плодов пришлось при открытии зева на 1—2½ пальца.

Роженцы, поступившие с живыми плодами, по сроку беременности распределяются: 10 месяцев—20 случаев, 9 месяцев—7, 8 месяцев—12, 7 месяцев—4, 6 месяцев—2 случая.

Может идти речь о спасении 39 детей в наших случаях (8—9—10-месячная беременность), что составляет 63% по отношению к общему числу больных с предлежанием последа. В остальных 37% случаев смерть плода не находится в связи с теми методами, которые предпринимались нами для их спасения.

Из поступивших с живым плодом родили живых детей 28, мертвых—11. Процент потерянных детей в стенах клиника равен 30. Общая смертность детей при plac. praevia по нашему материалу составляет 55,5% (35 мертвых плодов на 63 случая).

Связь детской смертности с характером оперативного вмешательства видна из следующей таблицы:

Таблица 1.

№	Вид оперативного вмешательства	Колич. случаев	Род. жив. детей	Род. мертв. детей	% дет-ской смертн.
1	Вскрытие пузыря . . . . .	16	13	3	23
2	Пов. на ножку с извлечен. . .	4	3	1	25
3	Пов. на ножку полн. рукой . .	4	2	2	60
4	Низведение ножки . . . . .	1	—	1	
5	Поворот по Braxton-Hicks'у	4	1	3	75
6	Метрейриз . . . . .	1	—	1	35
7	Метрейриз, повор. с извлечен..	1	1	—	
8	Метрейриз и тамп. влагал. . .	1	1	—	
9	Кесарское сечение . . . . .	5	5	—	0
Всего . . . . .		37	26	11	30%
10	Самостоятельн. роды . . . . .	2	2		

Таким образом, как наши, так и литературные данные говорят за бесспорное преимущество для детей абдоминального пути и высокую детскую смертность при повороте по Braxton-Hicks'у.

Перейдем к непосредственной оценке тех результатов, которые были получены в нашей клинике при применении различных видов терапии.

Самым частым вмешательством при plac. praev. part. является операция искусственного разрыва плодного пузыря. На 45 случаев plac. praev. partialis разрыв плодного пузыря произведен 42 раза (94%). В 19 случаях (45%) он был применен изолированно, без дальнейших вмешательств. Кровотечение обыкновенно через короткое время прекращалось и роды заканчивались самопроизвольно, приблизительно через 1½—6 часов.

Факт хорошего действия разрыва плодного пузыря при кровотечении в родах общепризнан. Чем же объясняется такое „чудодейственное“ влияние разрыва плодного пузыря? Гентер дает следующее объяснение:

1. С момента разрыва пузыря происходит коренное изменение взаимоотношений между плодным яйцом и стенкой матки. Теперь при следующей схватке стенки нижнего сегмента смещаются вместе с оболочками плод-

ного яйца, включая плаценту, по поверхности плода. Плацента оттягивается кверху, оставаясь в связи с маточной стенкой.

2. Головка плода вступает в таз и прижимает собою не только кровоточащие участки плацентарного места, но и это последнее к стенкам таза.

3. Возможно, что после разрыва пузыря, благодаря уменьшению объема плодного яйца и матки, уменьшается и площадь плацентарного места и происходит сужение протекающих в нем сосудов.

Главным условием применения операции искусственного разрыва плодного пузыря надо считать открытие зева на 1—3 пальца. С увеличением открытия надобность в операции, как самостоятельном факторе, понижается. С открытием зева в 4 пальца вскрывать пузырь нам пришлось всего лишь в двух случаях.

В 23 случаях вскрытие пузыря оказалось недостаточной терапией, и пришлось прибегнуть к комбинированным способам: 6 раз применялся поворот по *Brahton-Nicks'sy*, 7 раз поворот на ножку, 2 раза низведение ножки при ягодичном предлежании и 5 раз поворот на ножку с дальнейшим извлечением. В 3 случаях вслед за вскрытием пузыря (открытие зева на 1—1½—2 пальца) был введен метрейрингер, причем в 2 случаях из-за гибели плода и затянувшихся родов роды закончились перфорацией головки. В одном случае при отсутствии плодного пузыря применены метрейриз и тампонада влагалища. И, наконец, в двух случаях роды закончились самостоятельно без всяких вмешательств. Больные с *plac. praev. part.* перенесли следующие заболевания: *endometr. рuerp.*—6, *endometr. et pneumonia*—1, *subinvolutio uteri*—2, *pneumonia*—1, однократное повышение  $t^{\circ}$  до 38—39° отмечено у 14 больных. У остальных 21 больных послеродовой период протекал с нормальной температурой. Среднее пребывание в клинике этой группы больных с осложненным послеродовым периодом—15 дней, с нормальным послеродовым периодом—8 дней.

Что касается терапии при *plac. praev. centr.*, то 9 раз применен поворот *Brahton-Nicks'sy* с предварительным пробуравливанием последа, 2 раза поворот на ножку полной рукой и извлечением плода (в одном из них предварительно был метрейриз) и 6 раз—абдоминальное кесарское сечение. Выбор того или иного вмешательства производился строго индивидуально в зависимости от величины открытия зева, силы кровотечения, общего состояния больной, состояния плода и т. д. Поворот по *Brahton-Nicks'sy* в 7 случаях применен при мертвых плодах и лишь в 2 случаях—при живых со смертельным исходом для последних. После низведения ножки мы с извлечением не спешили, а для усиления кровоостанавливающего эффекта к извлеченной ножке подвешивался небольшой груз (200—300 г) и выжидали самопроизвольного изгнания плода. По нашим данным после этого вида вмешательства роды кончались в среднем через 4½ часа.

Для кесарского сечения основным показанием были: 1) сильное кровотечение (независимо от степени открытия), 2) отсутствие открытия шейки матки, *resp.* когда шейка еще не сглажена вполне и маточный зев почти совсем закрыт или открыт очень незначительно и 3) явления острого малокровия. Также принимались во внимание доношенность и жизнеспособность плода. Лишь в одном случае пришлось применить кесарское сечение у больной с 27-недельной беременностью.



Больная Г. (история болезни № 341, 1934 г.), 27 лет, поступила в клинику 20/III по поводу кровотечения, начавшегося 5 дней тому назад. Беременность 8-я, на 7 месяце. Все предыдущие беременности кончились искусственными абортами. Два месяца тому назад перенесла аппендэктомию, после чего началось маточное кровотечение, продолжавшееся минут 15. По этому поводу пролежала в клинике 3 дня и выписалась здоровой. В анамнезе—малярия и tbc. 5 дней тому назад появилось небольшое кровотечение и с тех пор появлялось ежедневно, особенно по утрам. В клинике все время шли крови, чаще всего в виде небольших кровянистых выделений, усливавшихся по ночам. 25/III утром состояние больной стало резко ухудшаться;  $t^{\circ}$  35,8, пульс нитевидный, полуобморочное состояние. РВ. зев с трудом пропускает палец, ясно прощупывается губчатая ткань последа. Ввиду тяжелого состояния больной немедленно произведено абдоминальное кесарское сечение с последующим переливанием 500 куб. см консервированной крови. Плод весом 1600 г через 20 минут умер вследствие недоношенности. В послеоперационном периоде—многократное повышение температуры. Повторно перелито 500 куб. см свежей крови. Prima intentio. Выписалась на 15-й день в хорошем состоянии.

Повидимому, типичные для plac. praev. повторные кровотечения, порой даже совершенно ничтожные, быстро приводят организм к угрожающему обеднению кровью. В 5 же остальных случаях кесарское сечение произведено при доношенной беременности (10 и 9-месячн.) и показанием, как указано выше, служили—сильное кровотечение, недостаточная родовая деятельность (открытие зева было 1—1½ пальца) и угрожающее общее состояние вследствие анемии. Во всех случаях—дети живые. В одном случае предварительно был применен метрейриз, но ввиду безрезультатности его действия и появившегося сильного кровотечения для спасения матери пришлось прибегнуть к кесарскому сечению.

Больные с plac. praev. centr. в послеродовом периоде перенесли следующие заболевания: endometr. puerp.—3, pleuropneumonia—4, subinvolutio uteri—4. Кроме того, из этой группы больных одна умерла на операционном столе сейчас же после поворота по Braxton-Hicks'y.

Больная (история болезни № 690, 1931 г.) поступила в клинику с сильным кровотечением, в очень плохом состоянии: пульс слабого наполнения 130 в 1'; глухие тоны сердца, восковая бледность лица, отеки ног. Беременность доношенная. Головное предлежание, сердцебиение плода не прослушивается. Открытие шейки 2½ пальца, шейка сглажена. Зев целиком заполнен плацентарной тканью. Схватки незначительные. Кровотечение у больной началось 7 часов тому назад. Тотчас же по прибытии оказано оперативное пособие: пробуровлен послед и сделан поворот по Braxton-Hicks'y. Ввиду тяжелого состояния больной через 30 минут без форсирования извлечен плод—мертвый. Вслед же отделен ручным путем послед. Повреждений никаких нет. Кровотечение приостановилось. Состояние же больной все ухудшалось, и через 30 минут после окончания родов смерть при явлениях острой анемии.

Статистический материал материнской смертности при предлежании последа дает большие колебания; так, Ahlfeld указывает на 25%, Sigward же—0,8%.

Панков приводит следующую общую сводку: на 7234 случая предлежания последа смертность матерей была в 504 случаях, т. е. в 6,97%. Сведения о ближайших причинах смертельного исхода приведены относительно 377 случаев: от кровотечений, обусловленных разрывами мягких родовых путей, погибло 85 женщин (22,5%), от кровотечений чисто атонического характера—163 (43,2%), от сепсиса—97 (25,7%), от разных других причин—32 (8,5%). По отдельным учреждениям процент материнской смертности колеблется от 2 до 6,7. В последние годы отмечается значительное понижение смертности матерей, что ставится в связь

с улучшением техники операций и лучшим знакомством с асептикой (Гейнлейн, Строганов, Паволоцкая и др.).

Течение послеродового периода в связи с примененными вмешательствами видно из таблицы 2.

Таблица 2.

№№	Вид оперативного вмешательства	Всего случ.	Течен. послеоп. пер.		% осложнений
			№	Осложн.	
Plac. praev. part.					
1	Вскрытие плод. пузыря . . . . .	19	11	8	42
2	„ „ и низвед. ножки . .	2	—	2	67
3	„ „ и повор. на ножку	7	3	4	
4	„ „ пов. на ножку с извлечением .	5	2	3	60
5	„ „ и пов. на ножку по Braxton-Hicks'у	6	2	4	67
6	„ метрейриз . . . . .	1	—	1	75
7	„ „ и перфор. головки . .	2	—	2	
8	Метрейриз и тамп. влагал. . . . .	1	1	—	
Всего . . . . .		43	19	24	55,8%
Plac. praev. centr.					
1	Пробур. последа и пов. по Braxton-Hicks'у	9	1	8	89
2	„ „ пов. на ножку с извлечением	1	—	1	50
3	„ метрейриз, пов. на ножку . . . . .	1	1	—	
4	Кесарское сечение абдом. . . . .	6	4	2	33
Всего случаев . . . . .		17	6	11	64,7%
Всего случаев . . . . .		60	25	35	58,3%
Самостоятельные роды . . . . .		2			

По литературным данным процент послеродовой заболеваемости колеблется от 14% (Штрассман) до 76% (Малявинский). Такой высокий процент заболеваемости объясняется тем, что placenta praevia, располагаясь близко к отделу полового тракта, богатого микробами, представляет широкие ворота для инфекции. Возможность инфекции велика еще и потому, что эти случаи обычно связаны с повторными внутренними исследованиями и различными, часто также повторными, и длительными оперативными манипуляциями.

В терапии plac. praev. весьма важно умелое ведение послеродового периода. Кровотечение в этом периоде может стать даже сильнее, чем было прежде, так как здесь нет именно тех анатомо-физиологических предпосылок,

которые необходимы для быстрого и полного отделения всей плаценты от подлежащих тканей: в противоположность нормальным условиям только незначительная часть ее находится в связи со стенками полого мускула, способного к мощным сокращениям, гораздо же большая ее часть лежит в области очень вялого, инертного—и в смысле сократительной работы и в смысле ретракционной способности—нижнего маточного отдела, который способен скорее пассивно растягиваться, чем активно сокращаться. Поэтому, если имеется кровотечение (исключая небольшое), послед необходимо удалить рукой, а если большая потеряла до этого значительное количество крови и имеются явления малокровия, то послед удаляется рукой тотчас вслед за извлечением ребенка.

На нашем материале ручное отделение послера было применено 16 раз (12 раз при plac. praev. part. и 4 раза при plac. praev. centr.), причем в 11—тотчас же после рождения плода. Кроме того, 3 раза произведено ручное обследование матки (Nachtastung) по поводу задержавшихся частей послера.

В последнее время, в целях улучшения результатов лечения предлежания послера, широко начинают применять переливание крови. Последнее является лучшим методом уменьшения материнской смертности и его надо всячески культивировать в наших родильных домах. В нашей клинике трансфузия крови производится с 1932 года. Всего за 3 года переливание крови произведено 15 больным, причем в 5 случаях переливание произведено тотчас же после родов, в остальных—в разные сроки послеродового периода.

Совершенно понятно, что наш небольшой материал не дает права пользоваться им для оценки результата статистическим способом, однако полученный опыт и литературные данные позволяют высказать следующие соображения:

1. При лечении предлежания детского места необходим строгий индивидуальный подход к каждому отдельному случаю.

2. Наилучший результат при plac. praev. как для матери, так и для плода дает абдоминальное кесарское сечение. Однако надо помнить, что последнее отнюдь не является безобидной операцией. Кесарское сечение не может и не должно отодвинуть на задний план малые акушерские операции. Оно должно быть ограничено определенным кругом показаний и противопоказаний. Наличие признаков явной инфекции, или даже самих подозрений на нее противопоказует применение кесарского сечения. Последнее едва ли уместно при заведомо нежизнеспособном или мертвом плоде: метрейриз, комбинированный поворот, а в случае необходимости с последующей перфорацией головки—здесь гораздо более правильный выход из положения. Однако, если же с самого начала родов, или вообще при наличии лишь очень слабой родовой деятельности, кровотечение сразу же принимает явно угрожающий характер (иногда даже во время беременности) вообще, когда шейка еще не сглажена вполне и маточный зев почти совсем закрыт или открыт очень незначительно, приходится, несколько не думая о жизнеспособности плода, решаться на операцию кесарского сечения ради спасения матери от неминуемой иной раз гибели.

Кесарское сечение также становится необходимым при наличии доношенного, но мертвого плода иногда при условии уже сильного обескровливания женщины, когда можно не без основания опасаться того, что

при родоразрешении естественным путем возможен печальный исход, вследствие неизбежных новых кровопотерь. Абдоминальная операция здесь является сравнительно наиболее бережным методом родоразрешения, при которой потеря крови доводится до возможного минимума.

3. Тампонация влагалища, как терапевтическая мера, должна применяться только в исключительных случаях, где никакой другой метод не может быть применен. Как временную меру ее можно допустить при транспортировке больной с кровотечением в стационар или при угрожающем кровотечении в стационаре, когда готовится операция.

4. Для улучшения результатов лечения необходимо предварительно широко применять переливание крови.

---

Из Кожно-венерологической клиники Каз. гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор проф. Я. Д. Печников).

## Гравиданотерапия при некоторых заболеваниях кожи.

**А. М. Лейзеровский.**

Кожный покров представляет собой орган, тесно связанный своей деятельностью с функцией всего организма. Патоморфологические изменения кожи могут быть обусловлены не только патологией самой кожи, но и целым рядом самых разнообразных заболеваний других органов. Явления, наблюдаемые со стороны кожи, в большинстве своем отражают функциональные и органические расстройства, наступающие в организме.

Наглядная связь, существующая между кожей и заболеваниями внутренних органов, зависимость страданий самой кожи от состояния макроорганизма давно уже побудили дерматологов в своей практической деятельности признать, что лечение заболеваний кожи одними только наружными средствами далеко недостаточно.

Как и другие отделы медицины, дерматология прошла длинный путь своего развития, от самых примитивных представлений о сущности патологического процесса до современного понимания характера наступающих изменений. Успехи химии, бактериологии сказались и в дерматологии, приведя к открытию ряда возбудителей кожных заболеваний и к широкому применению различных препаратов при кожных заболеваниях. Однако больше, чем в других областях наших знаний, в дерматологии сущность происходящих нарушений продолжала оставаться неясной. При целом ряде самых распространенных заболеваний оказались безуспешными попытки доказать их инфекционную природу. Достаточно обоснованными кажутся взгляды многих авторов, рассматривающих кожные заболевания как отражение внутренних, глубоких пертурбаций, происходящих в организме. Алергические механизмы играют здесь исключительно большую роль.

Вот почему широкое распространение получили в последнее 10-летие при многих патологических процессах кожи десенсибилизирующая терапия, внутривенное вливание кальция, брома, гипосульфит-натрия, аутогемотерапия, серолактотерапия и т. п.

За последние годы в дерматологии так же, как и в других отраслях медицины, широким вниманием пользуется гормональная терапия. Среди