

Из Акушерско-гинекологической клиники Саратовского университета
(директор проф. Н. М. Какушкин).

Травматический разрыв лонного сочленения в детском возрасте.

Проф. Н. М. Какушкин.

Этиология разрывов лонного сочленения двоякая. Наиболее наблюдаются разрывы пуэрперальные, исключительно, конечно, у взрослых, при различных видах насильственного разрешения, например, при извлечении плода щипцами. Такие разрывы во время родов могут быть и при произвольных родах, так называемых спонтанных (23%), и даже после родов. Пуэрперальные разрывы лона чрезвычайно редки: Строганов наблюдал на 34000 родоразрешений 3 разрыва, а Бубличенко на 36000 родов—ни одного. В 1910 и 1911 гг. в Сиб. городских родильных приютах на 44000 родов не наблюдалось ни одного разрыва лонного сочленения. По немецким статистикам, один случай разрыва приходится на 10.000 родов.

В отдаленном прошлом такие разрывы в 35,5% случаев давали смертельный исход. Причины смерти—ранение мелких частей, нагноение, кровотечение. В настоящее время процент смертности, конечно, значительно ниже. При выздоровлении обыкновенно происходит или полное сращение концов лобковых костей или расхождение их остается навсегда, но последнее обстоятельство на походку не влияет.

Благоприятствующим обстоятельством для пуэрперальных разрывов является физиологическое размягчение лонного сочленения под влиянием беременности (токсикоз?), но, само собой разумеется, не исключается при этом как причинный момент и грубое акушерское вмешательство, по крайней мере, в большинстве случаев.

Другая категория разрывов лонного сочленения относится к области общей хирургии и специального отношения к пуэрперальному процессу не имеет. Это, так сказать, хирургические разрывы лона обыкновенно включаются в общую группу переломов таза (König).

Некоторые авторы говорят о вывихе в лонном сочленении, хотя обыкновенно оговариваются, отмечая, что лонное сочленение не сустав, а синхондроз, составленный из гиалинового и волокнистого хряща и содержащий в себе полость. Впрочем, термин „вывих“ сохраняется для тех случаев, где при разрыве лона концы костей смещаются, для тех же случаев, где концы только расходятся, применяется термин „дистаз“ (E. Fimm. Ueber Symphysenluxationen D. Z. f. Chir. 1929, 213. 5. 231).

Вообще переломы таза редки. Статистика Purit'a—0,3% к общему числу костных переломов. Бейюл (Нов. хир. арх. 1922, 11, стр. 351) нашел широкие колебания этого процента, от 0,03% до 2,93%. В Истияте скорой помощи им. Склифасовского в Москве за 4 года наблюдалось 5% тазовых переломов (к общему числу переломов костей).

Наиболее ломается лобковая кость. У Кургана—на 49 случаев перелома таза—29 раз (59,2%) (Новая хир. 1926, № 4, стр. 377). В одном

из госпиталей Нью-Йорка за 1925—1928 гг. наблюдались 35 случаев перелома таза, из них перелом лобковой кости встретился в 24 случаях (68,5%).

В каком отношении к переломам таза встречается разрыв лонного сочленения? За 10 лет в Петропавловской больнице в СПб. было 35 случаев перелома таза, из них только в одном случае расхождение лона—около 3% (Морозова). На 35 случаев перелома таза в Нью-Йорке 4 случая расхождения лона—11,4%. По другой американской статистике, за 8 лет (1920—1928) на 125 переломов—9 случаев расхождения лона (7%).

Перелом таза и разрыв лонного сочленения чаще всего происходит от сдавливания таза автомобилем, телегой и проч. травмой. За последние годы число переломов таза и расхождения лона возрастает именно вследствие увеличивающегося и усложняющегося уличного движения William R. Gilshour (Ann. of Surgery 1932, 95, № 2, p. 161) сообщает, что из 81 случая перелома таза лишь в 23 случаях (28,4%) перелом получен на производственных, остальные все на улице от экипажей.

Разрыв лонного сочленения может произойти изолированно, без перелома костей. Известны опыты Areilza (Breus u. Kolisko. Die pathologischen Beckenformen. Bd. II, 5. 528) при фронтальном сдавлении таза силой в 100 килограммов получается расхождение лона, но бывают случаи, где и 400 килограммов не в силах произвести разрыва лона; индивидуальные различия велики. Опыты Кузьмина (Breus u. Kolisko) показали большую устойчивость лона в сравнении с другими сочленениями таза и даже в сравнении с костями. С другой стороны, возможные переломы лобковых костей и разрыв лона при ничтожной травме, действующей даже не непосредственно на таз. Сюда относятся переломы, вызываемые мышечной тягой. Негбана (Zbl. Gyn. 1914, S. 182) сообщает случай: кавалар поскользнулся на лестнице, но не упал; получился перелом лобковой кости и разрыв лона. Очевидно, травма вызвана чрезвычайно сильным и быстрым сокращением приводящих бедро мышц.

Особое отношение к травме имеют детские тазы, где, особенно в раннем детстве, нет полного окостенения таза; кости эластичны, упруги, гнутся, но не ломаются. Известен старый случай Pitha: через таз 8-летней девочки проехала телега с грузом в 75 пудов, и таз остался цел. Кроме мягкости костей детские тазы отличаются подвижностью сочленений. Естественная ширина лонного сочленения у ребенка 3 лет—10 миллиметров, у 20-летнего—6 миллиметров, у вполне взрослого—2 миллиметра (Fr. Krauss. Ueber Symphysen sprengung, z. f. Chir. 1930. № 3, S. 134). Неудивительно поэтому, что сильное сдавление таза у детей вызывает скорее разрыв лонного сочленения, нежели нарушение целостности кости.

Я встретил в литературе несколько случаев разрыва лонного сочленения у детей.

Случай Вакеса (Zbl. Chir. 1912, S. 397). Реб. 2½ лет попал под телегу. Разрыв лона, расхождение на 6 см. Наложен особый сдавливающий аппарат. Хороший результат в анатомическом и функциональном отношении.

Случай Winkler'a (Arch. f. Gyn. 1870, 1, S. 346). Девочка. 1 года 6 нед., попала под телегу; разрыв лона, с отрывом хряща от кости. Через 4 недели ребенок свободно бегал. При исследовании больной через 15 лет обнаружена задержка в развитии правой лобковой кости: конец ее отошел далеко от средней линии, в то время, как оставшийся конец левой кости расположен правильно, у средней линии. Между концами костей плотно-эластический соединительнотканый тяж, длиной 2—3 см., растягивающийся при разгибании ног до 4 см. Востальном жидиана правильно сложена и имеет хорошую походку.

Случай Muret (Negar's Beitr. fur Geb. u. Gyn. 1903. VII, S. 325). Девочка. 4½ л. попала под телегу. Расхождение лона с повреждением наружных половых частей. Пролежала 6 месяцев, но через 6 недель после травмы могла уже ходить, а через 2 месяца бегала. Теперь, через 20 лет, здорова. Между концами лобковых костей соединительнотканый, тяж, длиной 8½ см.; он может растягиваться

до $10\frac{1}{2}$ см, а при положении для камнесечения даже до 12 см. Рубцы на наружных половых частях; кишечно промежностный свищ.

Случай Wankе (D. Z. f. Chir. 1929, 220, S. 425). Девочка, 7 лет, попала под трамвайный вагон. Перелом лобковых костей, разрыв лонного сочленения, ранение влагалища. Через 5 недель раны зажили, осталось расхождение лона.

Случай Соппа (Bruns Beitr. 1905, 45, S. 539.). Дев., $1\frac{1}{4}$ г., придавлена телегой с грузом в 30 центн. Упала на живот, телега проехала между ногами. Ранение наружных половых частей, расхождение лона в 6 см, недержание мочи. Повязка, покой. Через 2 недели расстояние между костями 3 см, еще через неделю — на поперечных пальца. На 7-й неделе стала ходить без помощи, широко расставляя ноги.

Случай Frankenhеймa (Zbl. Chir. 1926, S. 1519.). Девочка 4-х лет. Перескал экипаж. Повреждение пузыря, разрыв лона. Выздоровление.

К этим шести случаям я присоединю наш случай. Девочка 6 лет, была приведена в клинику с жалобой на недержание кала. Из расспроса выяснилось, что четыре года тому назад, когда ей было 2 года, она в деревне попала под телегу. После этого она не могла передвигаться и была доставлена в местную больницу, но пробыла там недолго, была взята родителями домой, где оставалась без врачебной помощи. Вскоре после этого она, постепенно поправляясь, стала ходить без помощи и в настоящее время имеет хорошую походку.

Сложена хорошо, имеет полный разрыв промежности, рубцы на наружных половых частях после заживших ранений и расхождении лонных костей на 6 см (см. рисунок). Других повреждений в тазу при рентгеноскопии не обнаружено. Между разошедшимися лобковыми костями натянута плотный соединительнотканый тяж, несколько расслабляющийся при сдавлении таза с боков¹⁾.

Расстройство со стороны мочеиспускания не было в нет.

Произведена операция восстановления целостности промежности и прямой кишки, с хорошим результатом (1919, 29 VII, история болезни № 972).

При заживлении раны отмечено весьма интересное явление: очень быстрый рост окружающих рану здоровых тканей, формирующих промежность; расстояние между входом во влагалище и отверстием заднего прохода, т. е. так называемая высота промежности, росла, как говорят, на глазах; размеры промежности отмечены по дням: 6/IX — 0,5 см, 15/X — 0,75 см, 23/XI — 1 см, 10/XII — 2,25 см, 28/XII — 2,4 см.

Девочка выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.



Рис. 1.

Таким образом наш случай, как видно из приведенного описания, является очень похожим на все остальные, взятые из литературы. Приходится делать заключение, что определенная травма (падение под экипаж) влечет за собой определенную форму повреждения детского таза — разрыв лонного сочленения. Цело обыкновенно заканчивается выздоровлением в функциональном отношении. Возможно восстановление формы и с анатомической стороны, если после травмы применяется соответствующая корсетная повязка. Чрезвычайно характерным и закономерным является образование особого тяжа-ленты между разошедшимися концами лобковых костей, которую Waldstein назвал тазовой пружиной или рессорой. Эта рессора компенсирует недостаток лонного сочленения и сохраняет эластич-

¹⁾ Рисунок сделан по рентгеновскому снимку, на котором тяж не виден.

ность в движениях других тазовых сочленений. Было бы очень интересно проследить в дальнейшем, как могли бы протекать беременность и особенно роды при таком тазе, и мы имели это в виду, воздерживаясь до поры до времени от публикации нашего случая. К сожалению, больная через несколько лет после выписки из клиники исчезла из-под наблюдения.

Описанное здесь повреждение таза у детей, как видно из собранного материала, заканчивается обыкновенно благоприятно, но далеко не так обстоит дело у взрослых. Из 15 случаев изолированного повреждения лонного сочленения, собранных Сohn'ом, в 13 случаях были взрослые. Из этого числа погибло 6 человек—все взрослые, что к общему числу собранных случаев составляет 40%. Причина гибели—повреждение соседних органов, главным образом, мочевого пузыря и тазовой клетчатки. С акушерской точки зрения интересны случаи разрыва лонного сочленения у всадников, во время верховой езды, когда части седла, аналогично головке плода, вколачиваются в таз наподобие клива.

Из Акушерско-гинекологической клиники КГМИ (директор проф. П. В. Маненков, научный консультант заслуженный деятель науки проф. Н. С. Груздев).

Ведение последового периода родов по способу д-ра Роговина.

Асс. М. А. Романов и асп. И. В. Данилов.

Несмотря на то, что акушерство является одной из старейших медицинских дисциплин, вопрос о ведении последового периода родов продолжает оставаться открытым, и в периодической медицинской печати до последнего времени появляются статьи, предлагающие т. наз. „новые способы“ ведения его. Однако эти якобы новые способы на деле представляют собою ничто иное, как модификации старых. Так, В. Е. Роговин недавно предложил свой „профилактический активный способ“ ведения последового периода, обоснованный точными законами механики, который, в сущности, представляет собою усовершенствование старого способа, заключающегося в отделении и извлечении последа потягиванием за пуповину. Что этот способ не новый, свидетельствует история родо-вспоможения.

Так еще Ambroise Paré, решительным образом выступая против выжидательного метода, горячо рекомендовал удалять послед немедленно после рождения младенца путем влечения за пуповину. Его ученик Guillemeau, сильно опасаясь задержания последа в матке, также предложил приступать к влечению за пуповину тотчас после того, как ребенок родился и еще не отделен от пуповины. Такого же мнения придерживаются и такие корифеи старого акушерства, как Mauriceau и Desventer. Не веря в возможность самопроизвольного отделения и выделения последа при помощи естественных сил природы—схватки и retractions матки, они рекомендовали как можно скорее применять способ влечения за пуповину, а в случае бесполезности его прибегать к ручному отделению последа.

Однако в XVIII столетии ряд акушеров—Ruysch, Puzos и др. начинают смело доказывать, что силы природы заслуживают полного доверия, и что не только изгнание самого младенца, но и выхождение детского места может быть предоставлено действию этих сил, почему и считают необходимым по рождении ребенка выжидать появления новых потуг, воздерживаясь от каких-либо манипуляций,