

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. В. 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,

Таким образом период увлечения немедленным извлечением плаценты за пуповину миновал. Настало время критического отношения к этому способу. Появляется ряд статей, направленных и выявлению вредностей этого метода, каковы: отрывы пупочного канатика, частей плаценты и оболочек, выворот матки и кровотечения.

Эти осложнения наряду с учением о преимуществах выжидательного способа ведения последового периода постепенно порождают разочарование в освобождении плаценты потягиванием за пуповину. Разочарование стало особенно заметным со времени введения в акушерскую практику выжимания последа по Credé и выжидательного способа A. H. Feld'a. Усиленное применение этих способов на долгие годы заглушило интерес к извлечению последа потягиванием за пуповину, и нужно было пройти не одному десятилетию, пока не накопилось достаточное количество разноречивых результатов от активного способа Credé и expectативного—A. H. Feld'a, и не появилась резкая взаимная критика их приверженцев.

Благодаря этому снова началось искание идеального способа ведения последового периода родов, во время которого вспомнили и про старый французский способ потягивания за пуповину. Даже сам Credé, отмечая, что его способ в руках менее опытных людей часто не ведет к цели, советовал повзвешивать бабкам не вставать долго на его способе, а выводить плаценту потягиванием за пуповину.

Другие представители акушерства, как Ribémont-Désaignes, разбавляя способ Credé и способ потягивания за пуповину, отдали предпочтению второму методу, предупреждая однако не приступать к нему раньше того, как детское место отделится от матки. Выжимание по Credé Ribémont-Désaignes допускает лишь в тех случаях, когда пуповина оборвалась или, когда можно предвидеть, что она оборвется при потягивании. Все содержание своей работы он резюмирует в следующих двух основных положениях: La délivrance par tractions—voilà la règle, la délivrance par expression-voilà l'exception.

Другой французский автор—Charpentier, категорически высказываясь против способа Credé, рекомендует также применять потягивание за пуповину; в тех же случаях, где это не помогает, советует пользоваться комбинированным способом—потягиванием за пуповину вместе с одновременным надавливанием на матку.

Проф. И. П. Лазаревич внес очень важную поправку в комбинированный способ Charpentier, а именно, он предложил ребром ладсти правой руки, положенной перпендикулярно к брюшной стенке выше свища, приподнимать дно матки и одновременно производить легкое потягивание за пуповину. Только в тех случаях, где послед после этого не выходил, он применял надавливание на дно предварительно выпрямленной матки. От такого ведения последового периода он видел хорошие результаты.

Д-ра П. Н. Чулихин и М. О. Бриль в свое время проверили способ Лазаревича на 729 случаях, где в 50,6% послед был удален выпрямлением матки и потягиванием за пуповину.

Проф. В. В. Строганов на VII всесоюзном съезде акушеров и гинекологов также предложил для освобождения плаценты потягивание за пуповину. Впрочем, в противоположность Лазаревичу, сочетал его с приемом Credé. Применяя этот метод там, где одно выжимание плаценты по Credé не достигало цели и где имелось настоятельное показание к ручному отделению последа, он в большей половине случаев получал хорошие результаты. Предложение проф. Строганова не встретило однако на съезде сочувствия—в прениях проф. В. С. Груздева и др. предостерегали от широкого применения его способа во избежание выворота матки и т. п. Критически также отнеслись к этому способу А. Ю. Лурье и К. Е. Ефимов. Этот последний автор предложил свой метод ведения последового периода, именно, он „легко и удобно стягивает матку с последа, пользуясь пуповиной как естественной и очень удобной точкой приложения сил“. Ефимов остался вполне доволен результатами выделения последа по тому способу, который существенно отличается от метода Строганова и очень похож на способ Роговина.

Техническая разница между способами Роговина и Ефимова заключается только в том, что первый при выделении последа становится с правой стороны роженицы, а Ефимов—с левой. Естественно, первый автор тянет пуповину правой рукой, одновременно короткими и быстрыми толчками пальцев левой руки приподнимая матку вверх. Таким образом действующей рукой у него

является левая, у Ефимова же наоборот: левая рука натискивает пуповину, а правая „нежными движениями пальцев смещает ее вверх“, т. е. является активной.

Приведенный нами исторический обзор методов ведения последового периода родов свидетельствует о том, что потягивание за пуповину прошло определенную эволюцию, технически совершенствовалось и давно оценено акушерами всех стран, только в этой оценке до сих пор нет единого мнения: в то время, как одни авторы дают об этом способе восторженный отзыв, другие говорят осторожно или прямо предупреждают не производить потягивания за пуповину, так как оно может вызвать не только обрыв последней и частичную задержку плаценты, но даже тяжелое маточное кровотечение и выворот матки.

Из-за явного противоречия этой оценке, мы и сочли необходимым проверить способ Роговина, как более усовершенствованный и технически обоснованный, на однородном материале нашей клиники, исключив и нашу статистику только случаи со срочными нормальными родами.

В ведении последового периода родов наша клиника обычно придерживается выжидательного образа действий, стремясь процесс отделения последа от маточной стенки и выделение его наружу предоставлять силам природы. Этот выжидательный образ действий у нас протекает под периодическим контролем за сокращениями матки и признаками отделения последа (Ahlfeld'a, Küstner'a, Чукалова, Schröder'a, Mikulicz-Radecky). Обычно в течение 10—15—30 мин. после рождения младенца появляются упомянутые признаки, указывающие на совершившееся отделение последа, вскоре после чего в потугах матери самопроизвольно рождается послед.

В тех же случаях, когда с момента рождения плода пройдет более получаса, а отделившийся послед не выходит, мы с целью увеличения внутрибрюшного давления производим легкое надавливание на брюшную стенку. Растирания для матки в этих случаях мы не применяем. Детское место, выходящее частью или совершенно в выходной трубке, выскальзывает благодаря *vis a tergo*. В ряде подобных случаев задержании отделявшегося последа мы пользуемся методами Абуладзе-Бера или Lichtenstein'a, причем особых преимуществ за каким-либо из этих случаев мы не видим.

Выжимание последа по Credé в нашей клинике применяется только в случаях, когда выжидательный метод оказывается не ведущим к цели, или имеются показания для немедленного удаления последа. В случаях безрезультатности способа Credé мы приступаем к ручному отделению последа.

В сопоставлении с этими методами мы и проводили наблюдения над способом Роговина, причем техника этого способа была в точности такая, как ее описывает автор, а именно, роженица лежит на спине с согнутыми в коленях ногами; к отделению последа мы приступаем тотчас же после рождения плода и отделения его от пуповины, для чего пуповина прочно захватывается клеммой вблизи половой щели; затем, осторожно натягивая ее правой рукой, мы пальцами левой руки стараемся быстрыми и короткими толчками сместить тело матки вверх. Обычно после нескольких таких отталкиваний левая рука ощущает, как разрывается связь между отделяющимся последом и стенкой матки, после чего последняя плотно сокращается, а плацента опускается в нижний

отрезок полового канала, начинает папирать на промежность и выходить наружу.

Таким способом с 1 мая по 30 ноября с/г послед был удален нами в 230 случаях. За этот же промежуток времени выжидательный способ ведения последового периода был применен нами в 1383 случаях.

Обычно в упрек выжидательному методу ставят то обстоятельство, что он связан с длительной затратой времени, обильными кровотечениями и ущемлением последа, что не только утомляет роженицу, но в ряде случаев, после бесплодных усилий выжать послед по Credé, вынуждает акушера прибегать к ручному отделению последа.

На нашем контрольном материале экспектативный способ с успехом был применен 1251 раз (90,5%). В остальных 132 случаях последовый период родов пришлось закончить с помощью легкого надавливания на брюшную стенку—96 раз, выжимания по Credé—23 раза и ручного отделения последа—13 раз. Учитывая все отрицательные последствия этих манипуляций как минус для экспектативного метода, рассмотрим результаты чисто-консервативного ведения его. Анализ относящегося сюда материала показал следующее.

Послед выделился:

через 5 мин.	в 20 сл. (2,4%)	через 30 мин.	в 108 сл. (8%)
" 10 "	" 151 " (13,2%)	" 30—60 мин.	88 " (7,3%)
" 15 "	" 284 " (23,5%)	" 1—2 часа	17 " (1,5%)
" 20 "	" 349 " (30%)	" 2—3 "	5 " (0,5%)
" 25 "	" 170 " (14%)		

Таким образом продолжительность последового периода родов, предоставленного своему естественному течению, в нашем материале в 91% случаев не превышала получаса, что подтверждают и другие авторы (проф. В. С. Груздев, Stockel, Витт, Fabre и др.).

По мнению почти всех корифеев акушерства, в этот промежуток времени матка находится в состоянии физиологического покоя. В эту фазу она собирается с силами для предстоящего отделения и изгнания последа. Наступление кровотечения в эту фазу предотвращается как физиологическим сжатием сосудов мускулатурой матки, так и тромботическими процессами, происходящими под прикрепленной еще плацентой. Преждевременное раздражение матки нарушает „Ритмику сокращений“ (проф. Г. Г. Генгер), тромботический процесс, вызывает разрыв, несовершенное отделение нежных и рыхлых яйцевых оболочек и ведет к ущемлению последа. Поэтому „насилие акушера“ (Рогов) в эту фазу при нормальном течении родов имеет свой *raison d'être*.

Потеря крови в нашем контрольном материале за период изгнания последа выразилась следующими цифрами:

от 0 до 50 гр.	в 77 сл. (6,15%)
" 51 " 100 "	" 238 " (11%)
" 101 " 200 "	" 370 " (29, 5%)
" 201 " 300 "	" 385 " (30, 7%)
" 301 " 400 "	" 75 " (6%)
" 401 " 500 "	" 20 " (1,5%)
" 501 " 600 "	" 12 " (0,96%)
" 601 " 700 "	" 9 " (0,72%)

от 701 до 800 гр. в	7 сл.	(0,57%),
" 801 " 1000 " "	6 "	(0,48%),
" 1001 " 1200 " "	3 "	(0,24%),

Таким образом средняя первичная потеря крови при выжидательном методе равнялась 228 гр.

В последующие два часа кровопотеря была:

от 0 до 50 гр. в	613 сл.	(54,5%),
" 51 " 100 " "	489 "	(39 %),
" 101 " 200 " "	97 "	(7,7%),
" 201 " 300 " "	32 "	(2,5%),
" 301 " 400 " "	12 "	(0,9%),
" 401 " 500 " "	9 "	(0,7%),

т. е. средняя потеря крови в эту фазу равнялась 94 гр., а за весь последовый период при консервативном методе ведения его в среднем было потеряно крови 322 гр.

Очень жаль, что д-р Роговин не вывел этой цифры на своем контрольном материале, а лишь ограничился указанием, что она колебалась от 300 до 1350 гр.

Задержание оболочек при самопроизвольном выделении последа было констатировано 17 раз, что составляет 1,4%. Из них в 8 случаях последовый период протекал с субфебрильной температурой, а в одном случае даже было многократное повышение температуры.

В 95,4% случаев послеродовой период при выжидательном методе протекал вполне нормально. Однократные повышения температуры до 39° наблюдались 25 раз (2%), многократные — 18 раз (1,5%); местный септический процесс был констатирован 10 раз (0,8%), случаев общего сепсиса при выжидательном методе ведения последового периода родов не было.

Теперь рассмотрим полученные нами результаты отделения последа по способу Роговина.

По времени отделения последа наши случаи распределялись следующим образом: послед выделен —

через	0,5 мин.	в 45 сл.	(19,5%),
"	1 "	" " 86 "	(37,4%),
"	2 "	" " 53 "	(23%),
"	3 "	" " 7 "	(3%),
"	4 "	" " 9 "	(3,9%),
"	5 "	" " 22 "	(9,56%),
"	10 "	" " 3 "	(1,3%),
"	15 "	" " 1 "	(0,43%),
"	20 "	" " 1 "	(0,43%),
"	55 "	" " 1 "	(0,43%),
" 1 ч. 50 "	" "	" " 1 "	(0,43%),
" 2 ч. 35 "	" "	" " 1 "	(0,43%).

Итак послед был отделен главным образом в первые 2 мин. (80%), причем признаки его отделения еще отсутствовали. Они были налицо только в 2-х случаях, а именно при выделении последа через 15—20 мин.

Что касается потери крови, то она выразилась в следующих цифрах:

от 0 до 50 гр. в 92 сл. (40%),	в 500 гр. в 6 сл. (2,6 %),
" 51 " 100 " 76 " (33%),	" 800 " 2 " (0,9 %),
" 101 " 200 " 29 " (12,6%),	" 900 " 1 " (0,43%),
" 201 " 300 " 12 " (5,65%),	" 1000 " 2 " (0,9%),
" 301 " 400 " 8 " (3,5%),	" 1200 " 2 " (0,9%).

Средняя потеря крови была равна 144 гр. В последующие 2 часа кровопотеря колебалась:

от 0 до 50 гр. в 34 сл. (15%),	от 201 до 300 гр. в 34 сл. (14,7%),
" 51 " 100 " 41 " (41%),	" 301 " 400 " 13 " (5,6%),
" 101 " 200 " 46 " (20%),	" 401 " 500 " 9 " (3,9%).

В среднем кровопотеря равнялась 175 гр., за весь же последовый период родов в среднем было потеряно крови 319 гр.

Задержание оболочек при отделении последа по Роговину встретилось 7 раз (3%), причем в одном случае (ист. родов № 873) оборвалась почти все оболочки. Случай этот сопровождался обильным кровотечением (1200 гр.) и был закончен удалением оболочек с помощью выскабливания полости матки. Послеродовой период протекал гладко, и роженица выписалась на 6-е сутки здоровой.

Пуповина при этом способе отделения последа оборвалась в 5 случаях (2,1%), причем в одном случае было оболочечное ее прикрепление. В 3 случаях (ист. род. №№ 828, 942, 1838) плаценту пришлось выжать по Сеге, так как началось сильное маточное кровотечение, а в остальных 2 случаях послед через 10 минут родился самостоятельно в потугах матери.

Влияния присутствия мекония в околоплодных водах на прочность пуповины на нашем материале мы установить не могли.

В одном случае (ист. род. № 1818) послед был извлечен с трудом; оболочки были все налицо, но целостность плаценты осталась под сомнением. Случай этот закончился общим сепсисом с исходом в выздоровление. В остальных случаях отрывов плацентарных долек не было, плацента обычно рождалась с гладкой, ровной поверхностью.

С точки зрения затраченной силы для отделения последа наш материал распределялся следующим образом: легко отделился послед в 110 случаях (48%), со средней трудностью—в 94 случаях (40,8%), с трудом—в 19 случаях (8,2%).

В 7 случаях (3%) наша попытка отделить послед по Роговину не имела успеха. Из них в 5 случаях, как уже было отмечено выше, имел место отрыв пупочного канатика, в 1 случае—ущемление плаценты (ист. род. № 747) и в одном—приращение ее (ист. род. № 1976).

В случае ущемления последа к отделению по способу Роговина было приступлено через 5 минут после рождения плода; признаки отделения плаценты отсутствовали. Отделение продолжалось дольше обычного; послед как-будтобы стал опускаться в нижний отдел полового канала, а затем все прекратилось; наши попытки выделить послед оказались тщетными. При этом роженица вела себя беспокойно, кричала от боли. Пришлось отказаться от освобождения плаценты по способу Роговина, вырыснуть роженице пантопон и предоставить изгнание последа силам природы. Через 1 час 5 мин. послед родился самостоятельно; потеря крови была в 1100 гр.

Случай приращения плаценты (№ 1976) был закончен ручным отделением ее.

Послеродовой период в 92,7% протекал нормально, в остальных случаях были осложнения в виде: однократного повышения температуры до 39° в 8 случаях (3,5%), многократного повышения до 39° — в 5 случаях (2,1%), местного септического процесса — в 3 случаях (1,3%), общего септического процесса с исходом в выздоровление — 1 раз (0,4%).

Следует отметить при этом, что способ Роговина вовсе не является настолько деликатным, чтобы роженицы не замечали его, как об этом пишет сам изобретатель способа, — большинство женщин при этих манипуляциях реагируют выраженным болю, напрягают живот и энергично протестуют против насильственного выведения плаценты.

Сопоставляя данные, полученные нами при выжидательном методе ведения III периода родов, с теми, какие дало нам применение способа Роговина, — правда, на гораздо меньшем материале, — мы не можем уловить за последним способом особых преимуществ. Кровопотери как при том, так и при другом методе почти одинаковы, да если бы даже и оказалось, что при способе Роговина она на несколько десятков граммов меньше, то выгода от этого вряд ли искупает другие дурные последствия: задержку оболочек, отрывы пуповины и долек плаценты.

Не гарантирует этот способ и от ущемления последа. Мы знаем, что подобного рода ущемления происходят в тех случаях, когда растирание производят слишком энергично, или начинают производить его не со дна матки, а с тела или, что еще хуже, с нижнего сегмента матки. При способе Роговина пальцы действующей левой руки кладутся как раз на нижний сегмент матки и толчкообразно смещают тело ее с большой силой кверху. Благодаря этому сокращения органа могут принять неправильный характер — сокращение пойдет не со дна матки, а со стороны *isthmus'a*. Наш случай ущемления последа как раз и доказывает возможность этого осложнения.

Способ Роговина, несомненно, значительно экономит время, но этот факт может удовлетворить только нетерпеливую врача, а не интересам роженицы, а мы знаем, что нигде терпение так не вознаграждается, как именно в акушерской практике. Доказательства этому мы видим на каждом шагу. Роды представляют собою чисто физиологический акт, который природа в громадном большинстве случаев доводит до конца своими собственными силами. Поэтому „кончать роды“, вмешиваться со своим искусством, там где это вовсе не требуется, — ошибочно.

Выводы.

1. Способ д-ра Роговина, технически усовершенствованный и механически обоснованный, нельзя считать вполне безболезненным и безопасным.
2. Количество теряемой при нем крови почти такое же, как и при выжидательном способе.
3. Способ этот далеко не всегда достигает цели, и проц. неудач при нем значительно больше, чем это отмечает автор.
4. Отрывы оболочек и пуповины при этом способе встречаются сравнительно чаще, чем при выжидательном методе.

5. Нельзя считать этот способ профилактическим в смысле предупреждения кровотечения, ущемления плаценты и инфекции.

6. Однако, он несомненно, заслуживает предпочтения перед способом Сгедё в тех случаях, где требуется немедленно закончить роды.

Из Глазной клиник Казанского государственного медицинского института (дир. проф. В. Е. Адамюк) и Офтальмологического отделения Тат. института теор. и клин. медицины (зав. отд. доц. С. Б. Еналеев).

Новообразования зрительного нерва, их цитология и цитопатология.

(Предварительное сообщение).

Доц. С. Б. Еналеев.

В течение последних десятилетий в литературе описано около 300 случаев новообразований зрительного нерва. Предполагалось, что некоторые из них вырастали из оболочки нерва, но большинство их происходило из собственного нервного ствола. Гистологическая структура опухолей последнего рода определялась различным образом, — меньше чем третья часть из них рассматривалась как глиомы, некоторая часть — как невромы и остальные как опухоли мезодермальной природы. Из мезодермальных опухолей одни описывались как миксосаркомы, другие — как миксомы и третьи — как фибромы.

Изучение микроскопических срезов одиннадцати первичных опухолей зрительного нерва убедило Verhoeff'a, что почти все внутренние опухоли зрительного нерва, описанные в литературе, были глиомами. В дальнейшем автор убедился в справедливости своего мнения при изучении 12 дополнительных опухолей, — включая 6 опухолей перекреста зрительных нервов, — представленных ему д-ром Cushing'ом и описанных последним же. Как будет указано ниже, эти опухоли частью близко подходили к миксоме, так что есть основания думать, что все опухоли, частично или полностью описанные как миксоматозные, были de facto глиомами. Немногие опухоли рассматривались как ангиомы, но автору и без рассматривания срезов кажется вероятным, что они тоже были глиомами, лишь с чрезвычайно сильно развитой сосудистой сетью.

Hudson был, повидимому, первым автором, полагавшим, что все опухоли, описанные как вырастающие из ствола зрительного нерва, были одинаковой природы. При этом он не рассматривал их как истинные новообразования, но классифицировал их под названием „дегенеративный глиоматоз зрительного нерва“. По мнению давнего автора, тот факт, что эти разрастания составлены преимущественно из невроглии, — что они поражают соединительнотканную строму нервной ткани зрительного нерва, пропитывают и мягкую мозговую оболочку pia mater, причем чрезмерно разрастаются в субдуральном пространстве, и что, наконец, они гистологически сходны со многими глиомами мозга, дает достаточно оснований для того, чтобы рассматривать их как истинные глиомы.

Глиомы зрительного нерва. Трудно получить точное представление о той частоте, с какою эти опухоли попадают среди населения, но не может быть сомнения в том, что они встречаются весьма редко. Соотношение между случаями глиомы зрительного нерва и случаями саркомы сосудистой оболочки равнялось около 1:200.

Hudson нашел, что эти опухоли чаще встречаются у женщин, причем в 75% случаев они развиваются в первые 10 лет жизни, и только в одном случае опу-