

соответствует грандиозности задач, поставленных перед здравоохранением социалистическим строительством нашей страны. Эта задача вполне реальная и является только необходимым шагом вперед в деле рационализации государственного усовершенствования врачей.

Выдвигаемая мною идея получила принципиальное одобрение в Секретариате Ц.Б. врачебных секций и в Московской профессиональной врачебной организации. Она представляет собою, конечно, только набросок большого плана, предопределяющего, по каким путям может идти повышение квалификации советского врача, на долю которого выпала ответственная роль активнейшего строителя социалистического здравоохранения. Вот почему мне кажется, что предлагаемый мною проект заслуживает особого внимания широкой врачебной общественности, главным образом внимания и критики со стороны тех тысяч врачей периферии, которые в порядке государственного усовершенствования врачей уже были в научных командировках и на опыте своем знают и достижения, и дефекты в этом большом и ответственном деле. И я глубоко уверен, что дело государственного усовершенствования врачей, не имеющее примера в капиталистических странах, будет успешно развиваться на новых путях только тогда, когда его будут одновременно строить, как и до сих пор, и врачи руководители, и врачи-слушатели.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Красноярского гор. род. дома.

К терапии предлежаия послета.

Старшего врача А. А. Благодарова.

„Излюбленная“ с давних пор тема акушеров о предлежаии послета, очевидно, будет не исчерпана до тех пор, пока не найдутся действительно наилучшие методы лечения этого серьезного и тяжелого осложнения беременности и родов. До самого последнего времени в вопросе о предлежаии послета центр внимания сосредотачивался на принципиальном признании абдоминального кесарского сечения в числе методов лечения данного заболевания.

Новейшие обширные статистические данные уже с очевидностью подтверждают все преимущества кесарского сечения перед остальными консервативными методами лечения предл. послета. Теперь вопрос о предлежаии послета переходит во вторую стадию, стадию уточнений и детализации показаний к применению кесарского сечения.

У нас число сторонников оперативного метода все более и более возрастает. Однако, окончательное упрочнение нового метода лечения будет зависеть от дальнейшего накопления статистического материала наших лечебных заведений, который пока еще не достаточен. Так, д-р Пономарев мог собрать из русской литературы за период до 25 года всего лишь 45 случаев операций к. с. по поводу предлежаия послета.

Учитывая вышеуказанный дефект в нашей литературе, мы сочли не лишним представить здесь свой материал, охватывающий 82 случ. р. ргеув. на 13.083 родов, протекших за 15½ лет (с 1914 года по первую половину 1929 года). Операция к. с. при предлежаии послета была введена у нас с 1926 года, первые же 12 лет применялась исключительно консервативная терапия. Это обстоятельство дало нам возможность провести сравнение двух методов на одном и том же, приблизительно, материале и при одних и тех же условиях работы, что некоторым образом увеличивает ценность нашего материала.

Частота предлежаний последа у нас составляла 1 случай на 160 родов. Первоременных было 12 (14%), повторнеременных 70 (86%), причем из повторных—предлежаний последа осложнилась 2-я беременность у 7 женщин, 3-я—у 8, 4-я—у 4, 5-я—7, 6-я—1, 7-я—5, 8-я—7, 9-я—5, 10—2, 11-я—6, 12-я—4, 13-я—1, 15-я—1, 16-я—1 и 17-я—у 1-й. По сводной статистике Rankow'a из 2882 случаев п.п. первоременные составляли 11,8% и повторные—88,2%. По степени предлежания последа у нас было: с центральным—13 (16%), боковым—43 (52,4%) и краевым—14 (17%); низкое прикрепление последа в 6 случ. (7,2%).

При разборе нашего материала мы остановимся на вопросе о терапии предлежания последа. Результаты терапии нами представлены на нижеследующей таблице:

Род родоразрешения	Число случ.		Смертн. матерей		Общая смертность дет.		Смертность жизнесп. дет.		Примечание
	1-й пер. с 14 по 25 г.	2-й пер. с 26 по 29 г.	1-й пер. с 14 по 25 г.	2-й пер. с 26 по 29 г.	1-й пер. с 14 по 25 г.	2-й пер. с 26 по 29 г.	1-й пер. с 14 по 25 г.	2-й пер. с 26 по 29 г.	
Самостоятельные	11	1	—	—	7	1	2	—	
Тампонада	2	—	—	—	1	—	1	—	
Разрыв пузыря	5	—	—	—	2	—	2	—	
Метрейриз один	9	3	—	—	6	3	6	1	
Метрейриз с разрывом пузыря	1	—	—	—	—	—	—	—	
Метрейриз и поворот на ножку	6	—	1	—	3	—	2	—	Прич. смерти матери—атон.кровот.
Метрейриз, поворот и извлечен.	10	3	1	—	6	3	5	—	Прич. смерти матери—атон.кровот.
Wrighton-Nicks	4	—	1	—	4	—	4	—	Смерть матери от кровотечения
Внутренний поворот и извлечение	3	9	—	—	1	5	1	4	
Поворот и запечатление ножки	7	—	—	—	7	—	6	—	
Извлечение при тазовом предлежан.	—	2	—	—	—	2	—	1	
Абдоин. кесарск. сечен.	—	6	—	—	—	2(0)	—	1(0)	
						33,3% редуц. 0%		16,6% редуц. 0%	
Итого за 1-й пер. с 14 по 25 г.	58	—	3	—	37	—	29	—	
			5,2%		61,5%		55,7%		
Итого за 2-й пер. с 26 по 29 г.	—	24	—	0%	—	16(14)	—	7(6)	
						66,3% редуц. 58,3%		46,6% редуц. 40%	

Сравнительно небольшое число наших наблюдений не позволяет нам, к сожалению, использовать наш материал в направлении оценки указанных в таблице консервативных методов. Более определенные и убедительные данные можно извлечь из нашего материала в отношении оценки активной терапии предложения последа. Сравнение результатов консервативной и активной терапии мы имеем возможность произвести двояким путем: или путем непосредственного сравнения смертности при обоих методах, или косвенно, сравнивая результаты лечения по указанным выше периодам до введения в терапию к. с. и после его введения.

При консервативной терапии за оба периода из 76 матерей умерло 3 (3,9%), из 78 детей—51 (65,4%), из 62 жизнеспособных детей—35 (56,3%). При кесарском сечении все 6 матерей остались живыми, из 6 детей умерло 2 (33,3%), причем следует принять во внимание, что смертность детей не имела связи с недостатками операции: один ребенок, нежизнеспособный, умер на 4 день, а другой—жизнеспособный умер на 9-й день. Следовательно, детскую смертность следует редуцировать до 0%. Из 5 жизнеспособных—при к. с. умер 1 (16,6%).

Явные преимущества к. с. выступают еще более, если мы будем сравнивать результаты лечения по периодам времени: за 1-й (12 летний) период, до применения к. с., на 58 матерей умерло 3 (5,2%), из всех 60 детей умерло 37 (61,5%) и из 52 жизнеспособных—умерло 29 (55,4%). За второй период смертность матерей равняется 0%, из 24-х детей умерло 16 (66,3%) (редуциров. 58,3%), из 15 жизнеспособных—4 (46,6%), а редуциров. 40%.

Между тем, на сводном материале клиник Gännsle-Vogt, Pankow, Walhard, Stöckel, обнимающем 859 случаев кес. сечения смертность матерей составляла 11=4,3% и общая детей 45=17,4 и жизнеспособных 15=6,4%. В частности у Pankow'a на 58 случаев смертность матерей составила 2=3,4% из 59 детей всего умерло 6=10%, из них жизнеспособных 4=7%. В то же время консервативная терапия, как в клиниках, так особенно в общей практике, дает значительно худшие результаты. По данным Hirschman'a при консервативной терапии смертность матерей достигает—19—20%, а в клиниках 6,9%, смертность детей в общей практике достигает 60—70%, а в клиниках 60%.

Итак, при сравнении наших данных с данными зарубежных клиник у нас остается с введением кес. сечения сравнительно высокая детская смертность. Это обстоятельство, повидимому, объясняется тем, что в нашем материале очень большой процент составляют преждевременные роды.

Основным преимуществом кесарского сечения, как известно, является возможность произвести родоразрешение с наименьшей потерей крови. По данным Бременской клиники средняя потеря крови при кесарском сечении равна 400—500,0, тогда как при всех других методах она бывает выше 500,0 и достигает до 1200,0,—1500,0 и 1900,0. Следовательно там, где имеется дело с большой, потерявшей большое количество крови, это преимущество кес. сечения особенно ценно. В одном нашем случае нам удалось кесарским сечением спасти большую, содержание гемоглобина у которой равнялось 10—15%.

В отношении техники кесарского сечения следует сказать, мы применяем наиболее распространенный теперь трансперитонеальный способ с цервикально-корпоральным разрезом. Основным преимуществом этого способа является экстраперитонеальное расположение всего маточного разреза. Классическое корпоральное кесарское сечение мы производили всего один раз, не найдя в нем никаких преимуществ в сравнении с первым способом. Возможность экстраперитонеального разреза в нижнем сегменте матки позволяет поступать более решительно при безупречных в отношении инфекции случаях рl. graevia.

Несколько сложнее обстоит дело с установлением показаний к применению кес. сечения. Этот вопрос, имеющий чрезвычайно важное практическое значение, в настоящее время является малоработанным. На наш взгляд, самым правильным будет ставить здесь показания в зависимости от общего состояния больной и степени потери большой крови. По преимуществу этими показаниями мы и пользовались. Кроме того, во всех наших случаях мы проводили кесарское сечение при живом плоде, достигшем срока более 32 недель, и при отсутствии инфекции.

Как выше указано, ограниченный наш материал не позволяет нам использовать его для сравнительной оценки консервативных вагинальных методов лечения, т. е. тех методов, которые остаются в распоряжении врачей, не имеющих возможности применить при рl. graevia кесарское сечение. О тяжелом положении врачей наших сельских местностей в этом отношении упоминается не мало (Новичкова, Соболев и др.). Поэтому я вкратце остановлюсь на вопросе о взаим-

ных преимуществах вагинальных методов, используя для этой цели литературные данные.

Из вагинальных методов издавна конкурируют между собою при рl. graevia комбинированный поворот и метрейриз. По мнению Рапкоуа, в руках недостаточно опытного врача самым доступным и верным способом будет комбинированный поворот. Основным преимуществом поворота в таких случаях является наиболее верная остановка кровотечения у больной до рождения ребенка. Метрейриз же, будучи более сложным вмешательством, обеспечивает остановку кровотечения только до выхода метрейринтера и требует больничной обстановки. При соединении к повороту экстракции значительно ухудшает предсказание для матери. По собранной Рапкоуым статистике на 5083 консервативно проведенных случаев поворот по Вraxton-Nicks'у производился в 2298 случаях (45,2%) и дал смертность матерей 6,9%,—детей вообще 75,7% и—детей жизнеспособных 65%; на 1816 случаев поворот с последующей экстракцией дал смертность матерей 13,1%,—детей общую—48% и—жизнеспособных—48,5%. Метрейриз интравулярный дал на 4405 случаев смертность матерей—5,1%,—детей общую—49,1% и—жизнеспособных—45,4. Экстравулярный метрейриз дал смертность матерей—9,5%,—детей общую—48,1%. Кровототери матери при повороте составляет в среднем 335,0 и при метрейризе 610,0.

Упомяну, далее, о тампонаде и влагалищном кесарском сечении. Некоторые авторы высказываются принципиально против применения тампонады. Рапкоу, например, говорит, что тампонада в качестве лечебного метода при рl. graevia не должна существовать; но она может быть иногда незаменимым способом остановки кровотечения у беременных с предлежанием последа при целом пузыре и отсутствии родовой деятельности на время, до применения какого-либо метода лечения, и особенно на время, требующееся для доставки больной в лечебное заведение.

Влагалищное кесарское сечение, предложенное Döderlein'ом и им же первоначально испытанное, в терапии предлежания последа не привилось. У нас, между прочим, против этого метода, основываясь на собственном опыте, высказывается д-р Холодковский.

Наш весьма ограниченный материал, таким образом, позволил нам только с несомненностью подтвердить целесообразность и необходимость введения абдоминального кесарского сечения в терапию предлежания последа. На этом мы и считаем свою основную задачу выполненной.

В заключение, основываясь на своем материале и литературных данных, находим возможным сделать следующие выводы:

1) Как наши, так и литературные данные с несомненностью подтверждают целесообразность и необходимость введения в терапию предлежания последа абдоминального кесарского сечения.

2) Идеалом каждого благоустроенного лечебного заведения должно быть стремление свести минимум смертности матери при предлежании последа до 0.

3) В настоящее время в задачу работ, касающихся лечения рlас. graevia, должно уже входить не обсуждение вопроса о принципиальном допущении в терапию—абдоминального кесарского сечения, что следует считать фактом установленным, а обсуждению конкретных и детальных показаний к применению этого вида терапии.

4) В условиях работы вне благоустроенных лечебных учреждений, когда выбора операций быть не может, из консервативных методов на первом месте должен стоять комбинированный поворот по Вraxton-Nicks'у и на втором—метрейриз.

5) Следует отметить, что русская медицинская литература еще бедна систематически обработанным статистическим материалом, касающимся терапии предлежания последа.