

Arch. f. Chir. Bd. 137, H. 3, 1925.—9. Meier, Z-organ f. die gesante Chirurgie, Bd. 71, H. I, 1935.—10. Назаров, О ранениях грудного протока при операциях in regione supraelaviculari sinistra. Работы пропедевтической хирургической клиники проф. Оппель, кн. IV, 1912.—11. Wendel, D. Zeitsch f. Chir. H 5/6, 1898.—12. Kirschner, Arch. f. Klin. Chir. 1926.

Поступила в ред. 17.V. 1938 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. А. И. Малинин)
Казахского гос. мед. института им. В. М. Молотова.

О предлежании последа.

Е. М. Суханов.

Предлежание детского места является серьезным осложнением при беременности. Своевременная диагностика и правильная терапия может быть решающим фактором для сохранения жизни матери.

Одной из основных причин возникновения рl. рг. некоторые авторы считают воспаление слизистой матки, нередко наблюдающееся в послеродовом периоде. Такое положение обосновывается тем, что у повторнородящих рl. ргаеvа встречается чаще (Поль, Шеквад, Доронт).

Немалую роль в образовании рl. ргаеvа, повидимому, играют аборт, особенно повторяющиеся часто, ведущие к истощению слизистой матки (Фролов). Аборт способствуют также возникновению воспалительных заболеваний слизистой. Наши наблюдения подтверждают этот взгляд.

Штрассман подчеркивает связь предлежания последа с беременностью двойнями. Альфельд, Гофмейер, Понфик и др. считают, что образованию рl. ргаеvа могут способствовать различные моменты, как-то: дегенеративные воспаления с рубцовыми изменениями эндометрия, частые выскабливания, вапоризации, применявшиеся раньше, швы после кесарских сечений, а также и послеродовые заболевания.

По нашему, правда сравнительно небольшому, материалу рl. ргаеvа встретились в отношении 1:223 родов. Разработанный нами материал охватывает 7800 родов.

Рассматривая наш материал в количестве 35 случаев предлежания последа в зависимости от родов, имеем следующее: при первых родах—6 сл, при 2-х родах—3, при 3-х родах—4, при 4-х родах—4, при 5-х родах—5, при 6-х родах—5, при 7-х родах—3, при 8-х родах—2, при 11-х род.—2 и при 14-х родах—1 случай.

По нашим наблюдениям нет резко выраженной закономерности в смысле зависимости предлежания последа от количества предшествовавших родов. Разбирая же свой материал в отношении абортов, мы получили следующие данные: у лиц, не имевших ни одного аборта, предлежание последа наблюдалось в 9 сл., у имевших по 2 аборта—7 сл., по 3 аборта—5 сл. по 4 аборта—7 и по 5 абортов—7 сл.

Как видно, не имевших абортов было только 9 женщин, что составляет 25,7%, и все они относятся к рожавшим 5 и более раз.

Что же касается женщин, имевших *pl. praevia* при первых родах, то все они проделали не менее 3—5 абортов.

На основании наших данных мы можем полагать, что перенесенные аборты являются одной из существенных причин возникновения *pl. praevia*.

Перейдем к рассмотрению клинических симптомов. Кровотечение *pl. pr.* обычно наблюдается во 2-й половине беременности, причем чаще в последние 3 месяца. Наблюдающееся кровотечение можно подразделить на 3 вида: 1) кровотечения во время беременности, не ведущие к родам—80,7%; 2) кровотечения, дающие начало преждевременным родам—11,8%; 3) кровотечения при начале срочных родов—7,5% (по Дюссельдорфу).

Чем раньше наступает кровотечение, тем больше оснований подозревать центральное предлежание плаценты.

На каждое кровотечение необходимо обращать серьезное внимание, т. к. оно может повториться снова без всякого внешнего повода, причем мы не знаем, насколько грозным оно будет.

Наблюдающееся кровотечение при 6—7 мес. беременности чрезвычайно опасно, ибо при таком сроке беременности кровотечение обычно связано с *pl. pr. totalis*, но, конечно, не исключена возможность очень сильного кровотечения и в более поздние сроки беременности, а также и в момент родов.

Как часто встречаются различные формы предлежания плаценты? По Михайлову—боковое предлежание—в 54%, краевое—в 21%, центральное—в 24,3. По Фролову—боковое предлежание—в 15,5%, краевое—в 69%, центральное—в 15,5%. По Дугласу—боковое в 32%, краевое—в 45%, центральное—в 23%.

По нашему материалу боковое предлежание (15 сл.) встречается в 43%, краевое (18 сл.) в 51,3% и центральное (2 сл.)—в 5,7%.

При *pl. praevia* (всех разновидностей) беременность заканчивается срочными родами в 44% и преждевременными родами в 56% (Панков). По нашим наблюдениям имеем: прерывание беременности 6 мес. (6 сл.)—17,2%, 7 мес. (4 сл.)—11,4%, 8 мес. (10 сл.)—28,6% и срочные роды (15 сл.)—42,8%.

Необходимо отметить, что при *pl. praevia* значительно чаще встречаются неправильные положения плода (поперечные и косые)—по Бекманну—23%, по Дораниту—24%, что объясняется относительной узостью таза и растянутым брюшным прессом, а кроме того, затрудненным вставлением головки из-за предлежания плаценты.

Однако не следует забывать, что беременность при *pl. praevia* чаще заканчивается преждевременными родами, когда положение плода не всегда бывает вполне установившимся, что в значительной степени изменяет статистику.

На своем материале имеем продольное положение плода в 26 сл.—74,5%, косое положение в 6 сл.—17% и поперечное положение в 3 сл.—8,5%.

Опасность при рl. praevia выражается не только в кровотечении, о чем уже указывалось выше, но и возможности инфицирования. Находящиеся во влагалище патогенные микробы бывают ослаблены в значительной степени бактерицидными свойствами влагалищной среды. При длительно протекающих родах, при разрыве плодного пузыря, при кровотечениях и особенно при разложении задержавшихся остатков, получается изменение реакции влагалищной среды; бактерии получают хороший питательный материал и широкий доступ в матку, что особенно облегчается при хирургических вмешательствах и вагинальных исследованиях. Поэтому вагинальные исследования при рl. praevia приобретают большую опасность, чем при обычных условиях.

Предлежание последа обычно определяется путем пальпации. Не следует забывать, что некоторый процент диагностических ошибок возможен, когда сгустки крови принимают за плаценту.

В последнее время Юд, Уюм, Эрнер диагностируют предлежание последа при помощи рентгена. Рентгенография производится с предварительным освобождением мочевого пузыря и последующим наполнением его 12% раствором иодистого натрия. Раствор иодистого натрия вводится в небольшом количестве, лишь для обрисовывания контуров мочевого пузыря. Катетер вынимается до рентгенографии.

В некоторых случаях, вместо иодистого натрия, указанные авторы наполняли мочевой пузырь воздухом, но получали менее ясную картину.

Изучая стенку матки при помощи рентгена, Юд, Уюм и Эрнер находили толщину истмической части в конце беременности равной 3—4 мм; всякое утолщение будет показателем ненормального прикрепления плаценты, что на рентгенограмме отмечается в виде сгущения теней.

Хорошие результаты получаются при головном предлежании и сомнительные результаты при ягодичном предлежании или поперечном положении.

При наличии преждевременного отделения плаценты может быть допущена ошибка, т. к. сгустки крови могут дать так же, как и плацента, сгущение теней. В таких случаях необходимо тщательно проверить клинические данные и повторить рентгенографию через 24 и 48 часов.

Из 35 случаев патологического кровотечения Юд, Уюм, Эрнер в 21 случае при помощи рентгена отвергли, а в 14 случаях подтвердили предлежание последа, что полностью подтвердило последующее течение.

При тщательном исследовании рентген может дать очень ценные данные. Преимущество этого метода исследования заключается в том, что половые пути не загрязняются.

Переходя к вопросу терапии, мы разграничиваем кровотечение во время беременности и кровотечение во время родов. В первом случае больную необходимо поместить в стационар, предоставив ей полный покой и тщательное наблюдение и в случае необходимости—срочное оперативное вмешательство. При на-

чавшихся родах и кровотечении рекомендуется разрыв оболочек, поворот, метрейриз или кесарское сечение. Разберем в отдельности каждую разновидность.

При разрыве оболочек мы преследуем: 1) прекращение сдвига матки с плаценты, т. е. прекращение отслойки последа вследствие исчезновения фиксирующей силы яйцевых оболочек и 2) тампонаду кровоточащих мест, благодаря более энергичному вставлению предлежащей части, придавливая механически отделившуюся часть последа. Условия, при которых можно пойти на эту манипуляцию: открытие шейки не менее чем на 2—2¹/₂ п/п при наличии хороших схваток. В случае неудовлетворительных результатов нужно ввести метрейриз или же сделать низведение ножки.

Какому способу можно отдать предпочтение? Согласно литературным данным метрейриз больше щадит жизнь ребенка, являясь менее благоприятным для организма матери; поворот с низведением ножки—как раз наоборот—благоприятнее для матери (Штратц, Домер и др.).

Приняв это во внимание, нужно считать правильным применение метрейриза при обязательном условии—живого доношенного плода и незначительной обескровленности матери.

Приводим данные ведения родов при *pl. praevia* по нашему материалу. Самопроизвольные роды закончились в 23 сл.—65,7%, разрыв плодного пузыря имел место в 3 сл.—8,5%, поворот на ножку—в 5 сл.—14,3%, разрыв пузыря+щипцы в 2 сл.—5,7% и кесарское сечение в 2 сл.—5,7%.

Наиболее радикальным вмешательством при предлежании последа будет кесарское сечение. Абдоминальное кесарское сечение ввел Дедерлейн, имевший 11,3% смертности матерей. Мартин, не имевший на 28 случаев кесарского сечения ни одного смертельного исхода у матери, имел 21% смертности детской.

Зигель и Дуглас имели смертность матерей при вагинальном кесарском сечении 8,57%, при абдоминальном—2,2%. Смертность детей—при вагинальном кесарском сечении 62,8%, при абдоминальном—17,2%.

Показанием для кесарского сечения будет *pl. pr. totalis* и *pl. pr. partialis* при отсутствии открытия шейки.

Детская смертность при *pl. praevia* велика и, конечно, тем больше, чем раньше происходит родоразрешение.

Общая смертность детей при предлежании последа по Вильсону и Бруклину равняется 80% и материнская—20%.

На нашем материале мы имели 3 случая смерти матери, т. е. 8,6%, из них 1 смерть от обескровливания и 2 смерти от последующих инфекций, и 21 сл. детской смертности, т. е. 60%.

Большая опасность для матери и громадная детская смертность требуют максимального внимания и своевременного принятия необходимых мер, чтобы добиться возможного снижения смертности, связанной с предлежанием последа.

Для получения наилучших результатов Бруклин и Уильсон рекомендуют делать профилактическое переливание крови. Кроме

того рекомендуют внутривенное вливание 5% раствора глюкозы в количестве 500 см³ до операции или во время операции, после операции—дополнительное вливание раствора глюкозы или же солевого раствора.

Выводы: 1. При placenta praevia totalis кесарское сечение обязательно во все сроки беременности.

2. При placenta praevia partialis при наличии значительного кровотечения и недостаточном открытии шейного канала (менее 2 п/п), если мать настаивает на получении живого плода, также показано кесарское сечение.

3. В случае кровотечения на почве placenta praevia при беременности 7—8 мес., необходимо беременную оставлять в стационаре после прекращения кровотечения до конца срока беременности.

4. Предшествующие аборт способствуют образованию предлежания детского места.

Поступила в ред. 25.XI.1937 г.

Из акушерско-гинекологической клиники 2-го ЛМИ (зав. кафедрой Г. М. Шполянский).

О стенозах цервикального канала.

И. Ф. Панцевич.

Нередко встречающиеся случаи стенозов родовых путей образуются у взрослых женщин, по мнению большинства авторов, в результате травматических или воспалительных процессов в этой области.

Так, например, Кнауер считает, что непосредственной причиной для образований сужений родового тракта служат послеродовые воспалительные заболевания, некрозы и изъязвления, которые развиваются на раневой поверхности при повреждении во время родов.

Эти поражения являются входными воротами для микроорганизмов, ко-ые по разрыхленной ткани, лимфатическим и кровеносным путям проникают вглубь, вызывая местное воспаление, а воспаленные раневые поверхности, заживая вторичным натяжением, оставляют после себя рубцы и сращения, ведущие к сморщиванию тканей. При значительных размерах раневой поверхности легко получается стеноз и атрезия. Послеродовые язвы шейки матки иногда оставляют рубцы, которые ведут к значительному сужению или даже заращению цервикального канала. Нагель, Фейт, Мейер и др. утверждают, что в большинстве случаев стеноз и атрезия полового канала у женщин во никают под влиянием воспалительных процессов. Проф. Судаков полагает, что атрезия высоких отделов влагалища представляет порок развития, что касается других отделов, то вполне