

2. Большой Д., 48 лет. Раковая опухоль у корня языка. Предварительная перевязка а. lingualis с обеих сторон и удаление лимфатических желез шеи. Доступ к корню языка по Красину. Послеоперационное течение гладкое.

3. Б-ная М. Т., 55 л. Поступила 18 февр. 25 г. Раковая опухоль у корня языка. Операция по Красину, как в предыдущих случаях. Гладкое выздоровление.

4. Б-ной Г. Н., 50 л., поступил 19 марта 1928 г., имея раковую опухоль на левой стороне языка у корня его. Под общим наркозом операция по Красину. Гладкое послеоперационное течение.

5. Б-ной В. А., 45 л. Раковая опухоль на правой стороне языка у его корня. Под общим наркозом операция по Красину с предварительной перевязкой а. lingualis и удалением лимфатических желез шеи. Результат после операции хороший.

Наш опыт с операцией Красина ограничивается этими 5 случаями. Но и они дали нам возможность убедиться в том, что способ дает прекрасный доступ оперировать у корня языка. Лимфатические железы мы удаляем всегда предварительно из дополнительных разрезов и здесь же перевязываем а. lingualis, пользуясь при этом местной анестезией. Требуется осторожность при выпиливании костного треугольника, чтобы не расколоть его. Лучше этот момент проделывать электрическим сверлом, что значительно ускоряет операцию. Укреплять на место костный треугольник нам удавалось лучше с помощью шелковых нитей. В послеоперационном периоде мы не видели осложнений, связанных с нарушением целостности рта, его дна, челюсти и важных мышц, как это можно видеть при других способах.

Мы считаем, что новый способ частичной временной остеопластической резекции нижней челюсти для удаления рака языка по Красину должен найти себе широкое применение в хирургических клиниках.

Из Акушерской клиники Государственного клинического акушерско-гинекологического института. (Зав. приват-доцент Н. В. Елкин).

Последовый период и простейший способ выделения последа.

Ординатора клиники д-ра Ш. Я. Микеладзе.

С момента рождения плода начинается третий период родового акта—последовый период. Женщина, как при самых родах, так и при выделении последа, в большинстве случаев не обходится без помощи акушера. Главной задачей акушера является следить за правильным течением естественных сил и притти на помощь только тогда, когда последние недостаточны или чем-либо нарушены. Всякое несвоевременное вмешательство влечет за собой нарушение нормального течения последового периода и является причиной целого ряда осложнений (стриктуры внутреннего зева, отрывы кусков последа и оболочек и т. п.).

Втечение последового периода следует строго различать два момента: отделение детского места от стенок матки и выделение последа и оболочек из полового канала наружу.

Что касается физиологического отделения последа от маточной стенки, то по современным воззрениям главным фактором в этом процессе является сократительная деятельность матки, что же касается ретроплацентарной гематомы, скопления сокращенной стенки матки по последу и тяжести самого последа, то эти факторы имеют значение лишь способствующих моментов.

В выделении отслоившегося последа главную роль играют действие брюшного пресса, вес последа и оболочек и высота промежности (Mikulich-Radecki).

Важное значение правильного ведения последового периода давно уже оценено акушерами всех стран. Научное обоснование методов, предложенных для ведения этого периода родов, начинается собственно с середины 19-го столетия, когда Credé предложил свой метод ручного выжимания последа. В противовес активному образу действия Credé был гыдвгнут консервативный метод Ahlfeld'a. Как известно, в настоящее время большинство акушеров, придерживаясь в общем выжидательного образа действия, стремятся процесс отделения последа от маточной стенки предоставить силам природы, выведение же его наружу признают возможным ускорять, притом наиболее бережными приемами. Из многочисленных способов, предложенных для ведения последового периода, мы, по предложению ассистента клиники д-ра Л. Г. Штейнберга, взялись проверить на нашем клиническом материале мало известный способ выделения последа, предложенный в свое время д-ром Абуладзе.

Д-р Абуладзе свой способ применял с 1900 г. в Киевском университете, будучи там ординатором, и опубликовал его в журнале „Акушерство и женские болезни“ в № 21 за 1907 г. В заграничной литературе этот же способ опубликован был в Journal of the amer. assoc. в 1921 г. д-ром Josephom Ваег'ом и в настоящее время считается Ваег'овским способом (K. Berger, Ваег). Как видно из описаний способа в обоих журналах Ваег'овский способ ничем не отличается от такового д-ра Абуладзе. Ваег только подробнее описал его. Что Ваег не заимствовал у д-ра Абуладзе, мы в этом не сомневаемся, что же касается права на приоритет, то оно, безусловно, должно остаться за д-ром Абуладзе. Этого взгляда придерживается и акушерская клиника Тифлисского государственного университета (Арджеванидзе). Проф. Груздев в своем руководстве: „Акушерство и женские болезни“ этот способ называет способом Абуладзе.

Д-р Абуладзе свой способ описал так: „После предварительного сокращения матки массажем, брюшные покровы берутся в складку параллельно белой линии, причем роженице предлагается потужиться“. Более подробного описания этого способа мы у д-ра Абуладзе не находим. Вышеуказанное описание относится к одному случаю, когда автору пришлось применять свой способ после многих вмешательств (потягивание за пуповину, Credé и др.) со стороны деревенских повивальных бабок.

По способу д-ра Абуладзе мы провели 252 случая последового периода на больных родильного отделения Государственного акушерско-гинекологического института на воскресном дне. Работа велась в течение 1926 и 1927 гг.

Последовый период мы проводили следующим образом. С момента рождения младенца роженица остается под наблюдением врача или акушерки. Если кровотечения нет, роженица оставляется в покое в течение 30 м. За это время состояние матки проверяется несколько раз. Если имеется кровотечение, то применяется легкий поверхностный массаж, при продолжающейся потере крови—энергичный массаж и выжимание последа по способу Абуладзе, при неудаче последнего—выжимание по Credé.

Когда мы убеждаемся, что послед отделился от стенок матки, то приступаем к выделению его и раньше 30 м. Перед выжиманием последа проверяем все существующие признаки его отделения. Вкратце главные из этих признаков таковы: признак Ahlfeld'a—спускание большей части пупочного канатика из половой щели, признак Küstner'a-Чукалова—нажимают ребром кисти правой руки перпендикулярно брюшной стенке выше симфиза, причем, если пуповина уходит вместе с маткой, то это указывает на то, что послед еще не отделился. По Schröder'у, при отслоившемся последе уплотненная матка стоит справа от пупка и выше его. По Strassmann'у следует нажать рукой на дно матки и взять в руку пуповину. При неотделившемся последе по v. umbilic. ощущается кровяная волна. Т. н. Pressimptom Klein'a заключается в том, что при потуживании роженицы пупочный канатик спускается вниз, при расслаблении же брюшного пресса вверх не поднимается, если послед не отделился. По Mikulicz'y-Radec'кому, при отслоившемся последе роженица жалуется на давление на rectum.

Все описанные признаки дают нам в общем возможность определять, отслоился послед или нет, причем наиболее надежным и верным из этих признаков, по нашему мнению, является признак Küstner'a-Чукалова, ибо он почти в 100% случаев дает определенный ответ.

Убедившись, что послед отделился, мы поступаем таким образом. Подводим матку к средней линии, брюшную стенку берем в складку двумя руками параллельно белой линии и предлагаем роженице потужиться. Уменьшая указанным приемом объем брюшной полости, мы этим самым повышаем внутрибрюшное давление на матку, вследствие чего послед обычно легко выделяется.

Иногда плодные оболочки застревают в перегибе между телом и шейкой матки. В таких случаях мы надавливаем на переднюю поверхность тела матки и подтягиванием ее кверху кончиками пальцев обеих рук выпрямляем перегиб матки кпереди, после чего обыкновенно оболочки рождаются целиком. Послед и оболочки в каждом случае проверяются и результаты осмотра вносятся в историю болезни, больная убирается, и этим заканчивается последовый период.

Наш материал состоит из 252 случаев, из коих 113 касается первородящих и 139—повторнородящих. Все роды были срочные.

У 97 первородящих (86%) послед был удален способом Абуладзе в течение первых 30 мин. В 6 случ. послед выведен через 40 мин., в 1-м сл.—через 50 м., в 2-х сл.—через 1 ч. и в 1 м случ.—через 1½ ч. В 6 сл. (5,2%) способ Абуладзе к цели не привел и послед был выжат по способу Credé.

У первородящих, таким образом, положительный результат от метода Абуладзе получен в 94,8%.

Из 139 повторнородящих у 129 рожениц послед вышел в течение первых 30 мин., т. е. в 93% случ. Из остальных 10 случаев в 2-х случ. послед вышел через 40 м.; в 2-х сл.—через 45 м.; в 2-х сл.—через 50 м.; и, наконец, в 1-м сл.—через 55 м. В 3 случаях (2,2%) был применен способ Credé. Положительный результат метода Абуладзе у повторнородящих—97,8%, а на весь материал—96,8%.

Ж. Ваег—провел всего 289 сл., из коих положительных имел 86%. К. Виргер провел по методу Ваег'а 974 сл. и получил около 90% положительных результатов. Д-р Арджеванидзе проверил способ Абуладзе на 61-й роженице и получил у первородящих 85% положительных результатов, а у повторнорожавших—86,5%.

Результаты нашей работы (96,87%), как видно из вышеуказанных цифр, на несколько % больше приведенных авторами.

Способ д-ра Абуладзе приносит больше пользы повторнородящим, чем первородящим, причем нужно отметить, что он дает хорошие результаты только при отслоившемся последе. Он бесполезен также при всех тех случаях, когда роженица не в состоянии потужиться (наркоз, чрезмерная слабость после длительных родов, боль от полученных разрывов и т. п.) Кроме того, способ Абуладзе трудно применять к тучным роженицам, у которых толстый подкожный жировой слой мешает взять в складку брюшную стенку.

По поводу отделения последа Schauta утверждает, что он в 99% случ. находил послед во влагалище в течение первых 30 м. Д-р Арджеванидзе в 85,3% случ. мог приступить к выделению последа по способу Абуладзе спустя 21,4 м. после рождения младенца. На нашем материале послед оказался отделившимся в течение первых 30 м. в 90% случ. Эти данные говорят за то, что при нормальном течении последового периода в большинстве случаев послед надо считать отслоившимся в течение первых 30 мин. после рождения плода.

Однократные повышения т-ры до 38,1 у двух родильниц отнести за счет нашего метода ведения последового периода мы не можем.

Далее, наше внимание было обращено на потерю крови в последовом периоде. Мы в каждом случае собирали кровь и результаты вносили в историю болезни.

Из наших случаев 50 рожениц потеряли в среднем по 50—100 к. с. крови, 184—от 100 до 300 к. с., в 10 сл. по 400 к. с., в 6 сл. по 600 к. с. и, наконец, в 2-х случаях по 800 к. с. крови. Надо отметить, что в последних 2-х случаях роженицы во время родов получили разрывы промежности III степени. Таким образом, по нашему мнению, количество теряемой крови при нормальном течении последового периода надо считать физиологическим между 100—300 куб. см.

Что касается таких осложнений как разрыв матки, выворот ее, стриктуры зева и послеродовые кровотечения, то при способе Абуладзе мы их не наблюдали. Мы имели только в 2-х случаях задержку частей плодных оболочек.

К. Виргер на 300 случаев имел задержку части последа один раз. Д-р Арджеванидзе указывает также лишь на один случай задержки частей последа.

На основании вышесказанного мы приходим к следующим выводам:

1. Проверенный нами способ д-ра Абуладзе более близок к физиологическому выделению последа, чем какой-либо другой.

2. Способ д-ра Абуладзе по своей технике прост и безболезнен.

3. Способ д-ра Абуладзе дает положительные результаты только при отделившемся последе: у первородящих в 94,8%, а у повторнородящих—в 97,8% случаев.

4. При нормальном течении последового периода в большинстве случаев послед надо считать отделившимся в течение первых 30 минут.

5. Среднее количество теряемой крови при проведении последового периода по Абуладзе колеблется—от 100 до 300 куб. см.

6. После применения способа Абуладзе, в противоположность методу Credé, такие осложнения как выворот и разрыв матки, стриктуры маточного зева и т. п. не наблюдаются.

7. При наркозе, при больших разрывах (разрывы шейки матки, разрыв промежности III степ.), после длительных родов и при отсутствии потужной деятельности у рожениц, способ Абуладзе уступает место ручному приему Credé.

Литература: 1) Ahlfeld, Zbl. f. Gynäkol., 1912, № 42;—2) Д. Абуладзе, Жур. Ак. и жен. бол., 1907; 3) J. Baer. Journal of the amer. assoc., 1921, № 9; 4) Будберг, Журн. ак. и жен. бол., 1903;—5) Арджеванидзе. Совр. мед., 1926, № 5 (на груз. яз.) 6) K. Burger. Zbl. f. Gynäkol., 1924, № 20; 1925, № 30;—7) В. С. Груздев. Рук. «Акушерство и женские болезни», ч. I и II;—8) Mikulicz-Radewski. Zbl. f. Gynäkol., 1923, № 27;—9) Kutter. Monatsschrift. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXII;—10) Вербов. Zbl. f. Gynäkol., 1926, № 50;—11) Чукалов Н. Н. Каз. мед. жур., 1926, № 12;—12) Строганов В. В. Труды VII Всесоюз. Съезда Гин. и Акушеров, 1926.

Из Детской клиники гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани.
(Директор проф. Е. М. Лепский).

К исследованию об эпидемическом цереброспинальном менингите.

Ассистент **М. Н. Небытова-Лукиянчикова.**

Наблюдая за распространением цереброспинального менингита у нас в Казани уже в течение 8 лет, мы можем сказать, что источник инфекции в течение всего этого периода у нас существует почти непрерывный в виде отдельных случаев, переходящих периодически в более или менее распространенные эпидемии. Последняя эпидемия 1928 г. наиболее подробно обследована нами как с бактериологической, так и с серологической стороны, и поэтому мы позволим себе поделаться нашими наблюдениями.

Всего с 1921 г. по 1/X 1928 г. через Детскую клинику Клинического и-та прошло 149 случаев цереброспинального эпидемического менингита. Из них: в 1921 г.—7 случаев, в 1922 г.—10 сл., в 1923 г.—16 сл., в 1924 г.—12 сл. в 1925 г.—14 сл., 1926 г.—16 сл., 1927 г.—