

ниц, частью от самих больных. К сожалению, как среди врачей, так и в широких массах населения еще не выработалось уважения к заполнению анкет, а также отсутствует сознание в необходимости осведомления заинтересованного лечебного учреждения для составления определенных выводов и дальнейших мероприятий.

К чему свелись наблюдения?

1. Широкие массы населения, врачи на местах, больные в хирургических отделениях должны быть подробно и исчерпывающе осведомлены о биологии рака, о наличии только одной оперативной помощи, которая часто ввиду запущенности или нераспознавания является бесполезной.

2. Фельдшерскому персоналу, обслуживающему самостоятельно медпункты и амбулатории, необходимо преподавать специальные познания по диагностике и профилактике рака.

3. Необходимо обращаться при первых, даже мало существенных симптомах к врачу-специалисту.

4. Изучение сочетанного биокомплекса всех условий при раковом поражении выявляет не казуистику, а устанавливает общую закономерность генеза его.

5. Ранняя диагностика и своевременная операция, систематическое наблюдение за оперированными больными, по мере сил санкультипросвещение составляют основные факторы в работе хирурга в деле борьбы с раком.

6. Повышение его личных квалификационных познаний по методологии рака дает, несомненно, лучшую постановку в дальнейшей деятельности.

7. Чем реже рецидив, отдаленнее по времени метастаз, продолжительней жизнь оперированных, тем больше достоинства в применяемом методе операции и в раннем распознавании.

8. Расширенные оперативные методы при обязательном наличии высоко-развитой техники дают лучшие результаты, чем удаление самого ракового узла.

9. Любой метод операции, при соответствующем локальном поражении, требует большого навыка, разработанной четкой техники и точных топографо-анатомических знаний.

10. Необходима однотипная анкета для получения уже имеющегося и предстоящего статистического материала по раку с обращением особого внимания на жизненные факторы, конституцию, наследственность, методы операций и их результаты.

Из Государственного акушерско-гинекологического института НКЗ в Ленинграде.

Фибромиомы в послеродовом периоде.

Проф. Л. И. Бубличенко.

Хотя фибромиомы служат причиной стерильности, по многим авторам в 20—30% и даже более, наступление беременности при этом заболевании представляется далеко не исключительным явлением. По ма-

териалу Гос. акуш. гinek. ин-та за 1908—1927 г. включительно было констатировано 85 фибромиом в послеродовом периоде, что составляет на все число срочных преждевременных родов и выкидышей (45771)—0,17%. Исключая выкидыши, % фибромиом в послеродовом периоде=0,2% (на 36599 сроч. и прежд. род. 74 фибромиомы). Наши цифры подходят к цифрам Hessenberger'a, который на 19294 родов за 1913—1923 г. находил % осложнений фибромиомами=0,2%. Возможно, что фибромиомы не всегда распознаются во время родов. Так, по материалу Ганелиной для родильного дома им. Снегирева на 95000 родов фибромиомы найдены только в 0,03%. Интересно, что в прежнее время осложнения родов фибромиомами, повидимому, наблюдалось чаще, возможно потому, что чаще попадали в родильные учреждения женщины с осложнениями родового акта, сравнительно с нормальными родами. Так, по Пинару (Pinard) % больных с фибромиомами=0,6%, по Подзи (Pozzi) 0,7%. Большую редкость осложнения родов фибромиомами в настоящее время можно объяснить также тем, что в последнее время больные фибромиомами чаще подвергаются оперативному лечению в течение беременности и до ее наступления.

Линия поведения акушера при наличии фибромиом диктуется не только предвидением тех осложнений, которые могут дать фибромиомы в течение беременности и особенно во время родов, но в значительной мере и предстоящими осложнениями в послеродовом периоде. Если течение беременности и родов фибромиомы не так часто дают осложнения, то уже априорно можно ожидать их в послеродовом периоде. Эти осложнения могут происходить благодаря следующим главным моментам: 1) обнажению фиброзных узлов вследствие отхождения плодных оболочек и инфекции их, как образований с пониженной жизнеустойчивостью по отношению к бактериям, проникающим в полость матки; 2) нарушению питания фибромиом и омертвлению, благодаря редукции кровоснабжения и процессам обратного развития, перекручиванию и т. п.; 3) задержанию частей последа вследствие его приращения с проистекающими отсюда осложнениями (кровотечения, инфекция) и 4) нарушению обратного развития матки—субинволюции, с сопутствующими ей осложнениями (кровотечения, тромбозы).

Течение послеродового периода при фибромиомах находится в зависимости от срока прерывания беременности, от величины и расположения опухоли и от оперативных пособий, которые оказываются необходимыми при родах или выкидышах, а также от способа их ведения.

Из всего количества больных фибромиомами (85) у 73 беременность закончилась срочными родами, у 1—преждевременными и у 11-ти выкидышами. Наши цифры не подтверждают общепринятого мнения, что фибромиомы ведут к преждевременному прерыванию беременности (Мюллер—Müller, Лефур—Lefour и др.). По нашему материалу число выкидышей при фибромиомах по отношению к срочным и преждевременным родам составляло 11:74=14,9%. Этот процент выкидышей даже больше приводимого другими авторами. Но всех поступивших за тот же период времени с выкидышами ко всем родам (9172:3905)=27%. Число преждевременных родов с фибромиомами к числу срочных родов—1:73=1,3%. Число всех преждевременных родов ко всем срочным родам—2694:33905=8,1%. Таким образом, беременность не чаще преры-

вается при фибромиомах, чем и без таковых, а даже, напротив, как будто реже. Процентное отношение, определяющее частоту поступивших с выкидышами, повидимому, не многим разнится от действительной частоты выкидышей по отношению к родам. По крайней мере по анкете д-ра Карлина частота выкидышей у 1500 женщин определялась также в 25⁰/₀.

Все фиброзные узлы мы разделяли на 3 группы: I—величиной не менее кулака, II—величиной от гусиного до куриного яйца, III—меньшей величины. Они распределялись так:

Величина опух.	I	II	III	Всего
Срочн. и преждевр. р.	13=17,4 ⁰ / ₀	13=17,4 ⁰ / ₀	48=65,2 ⁰ / ₀	74
Выкидыши	4=36,4 ⁰ / ₀	2=18,2 ⁰ / ₀	5=45,4 ⁰ / ₀	11
Сумма ¹	17=20,0 ⁰ / ₀	15=17,6 ⁰ / ₀	53=62,4 ⁰ / ₀	85

Из сопоставления этих цифр видно, что при больших фиброзных узлах беременность чаще заканчивается выкидышем. Однако и при наличии очень больших опухолей, как видно из предыдущего, беременность может быть доношена до срока.

Не всегда возможно сказать определенно, как располагаются узлы по отношению к стенке матки. Насколько позволяло судить об этом исследование, в большинстве наружное, узлы располагались так: в 20 сл. они были субсерозные, в 4-х—субмукозные, в 43-х были расположены межмышечно и в 18-ти, повидимому, также мышечно, хотя говорить об этом с уверенностью не было возможности. По высоте расположения крупные узлы распределялись так: в шейке матки 3 раза, в дне 9 раз, в остальных случаях—в теле матки.

Возраст больных с фибромиомами колебался от 21 года до 46 лет.

Возраст родильниц с фибромиомами:

до 25 л.	26—30 л.	31—35 л.	36—40 л.	Свыше 40 л.	
9 б.	21	24	13	7	=74

Из родильниц с большими фиброзными узлами перво-беременных было 24, т. е. около 75⁰/₀. Однако были беременевшие и многократно: так, 1 родильница, родившая в 3-й раз, имела опухоль величиною с голову младенца. Другая, имевшая опухоль с куриное яйцо, рожала в 13-й раз. Из родильниц с малыми опухолями беременных в 1-й раз было 30=56,6⁰/₀. Несколько меньше, чем родильниц с большими опухолями.

Так как течение послеродового периода может зависеть не только от величины и расположения фиброзных узлов, но и от тех осложнений, которые они могут вызвать во время родов, то прежде чем перейти к рассмотрению послеродового периода, необходимо вкратце коснуться по крайней мере тех особенностей родового акта, которые могут влиять на течение послеродового периода.

Среди осложнений, могущих иметь влияние на течение послеродового периода, обращает на себя внимание длительность родов. В противоположность теоретическим соображениям и наблюдению, что родовая деятельность при фибромиомах значительно понижена, оказалось, что роды протекали часто скорее обычного. Так, у 9-ти больных роды продолжались до 5-ти часов, у 13-ти от 5 до 10 час. В том числе роды продолжались до 5 часов у 3-х первородящих и от 5 до 10 час. у 8-ми. С целью определить, как на длительность родов влияет величина опухоли, мы разбили всех рожениц на 2 группы: 1)—рожавших до 20 ч.,

2)—свыше 20 час. и нашли, что среди первых было 9 с опухолями I-й величины и 8—II-й величины. Среди вторых—3 женщины с опухолями I-й велич. и 5—II-й.

Роды до 20 ч. при опухолях:		Роды свыше 20 ч.
I велич.	9=20,9 ⁰ / ₀	3=11,1 ⁰ / ₀
II "	8=18,6 ⁰ / ₀	5=18,5 ⁰ / ₀
III "	26=60,5 ⁰ / ₀	19=70,4 ⁰ / ₀
	43	27

(У 3-х женщин было кесарское сечение, у 1-й—продолжительность родов не удалось установить).

Таким образом, у женщин с большими фиброзными узлами роды чаще продолжались менее 20 час., т. е. величина опухоли не влияет в положительном смысле на течение родового акта, а скорей, наоборот, наличие больших фиброзных опухолей как бы ускоряет течение родов. При чрезмерно затянувшихся родах (более 2-х суток—7 сл.) только у 2-х были опухоли величиной около кулака, у остальных—мелкие фиброзные узлы.

При наличии фибромиом наблюдался ряд осложнений, потребовавших оперативного вмешательства, что не могло, конечно, не отразиться на течении послеродового периода.

В 6-ти случ. наблюдалось тазовое предлежание, что составляет 74 сроч. и прежд. родов 8,1⁰/₀, т. е. почти в полтора раза чаще обычного (по некоторым авторам в 3 раза чаще).

Из оперативных пособий в 9-ти случ. потребовалось наложение щипцов=12,2⁰/₀. В 2-х случ. был произведен внутренний поворот, один раз по поводу поперечного положения, в другой раз по поводу предлежания последа. В 3-х случ. низведение ножки и извлечение. В 3-х случ. (5,4⁰/₀) было произведено кесарское сечение, правда, в одном только случ. по поводу фибромиомы, закрывавшей вход в таз; в другом случ. по поводу предлежания последа и в 3-ем—по поводу узкого таза. Сравнительно часто требовалось применение ручного отделения последа—в 10 случ. В итоге при наличии фибромиом во время родов было произведено 28 акушерских операций, что составляет 37,8⁰/₀, более трети всех случаев, не считая 15 случ. наложения швов на промежность, одного горячего маточного душа по поводу кровотечения. Таким образом, наличие фибромиом часто ведет к осложнениям во время родов и создает необходимость большого числа акушерских пособий, а это, несомненно, отражается на течении послеродового периода, создавая благоприятные условия для инфекции. Результаты видны на нижеследующей таблице:

Опер. пособ.	Щипцы.	Руч. от. посл.	Повор.	Руч. отд. обол.	Ниж. нож. извл.	
Лихор.	5=23,8 ⁰ / ₀	5=23,8 ⁰ / ₀	—	1=4,8 ⁰ / ₀	—	
Нелих.	4= 7,5 ⁰ / ₀	5= 9,4 ⁰ / ₀	2=3,8 ⁰ / ₀	—	3=5,7 ⁰ / ₀	
Опер. пособ.	Кес. сеч.	Швы.	Гор. душ.	Без вмеш.	Сумма.	
Лихор.	2=9,6 ⁰ / ₀	4=19 ⁰ / ₀	1=4,8 ⁰ / ₀	3=14,3 ⁰ / ₀	21	
Нелих.	1=1,9 ⁰ / ₀	11=20,8 ⁰ / ₀	—	27=50,9 ⁰ / ₀	53	

Отсюда видно, что больные с фибромиомами, не подвергавшиеся оперативному пособию, лихорадили в послерод. периоде в 3 раза реже.

В 13-ти случ. наблюдались кровотечения после родов, что составляет 17,6%. Интересно, что в этиологии кровотечений величина узлов, повидимому, не играет большой роли. Так, кровотечение наблюдалось 4 раза при больших опухолях и 9 раз при мелких узлах. Причиной кровотечений является в преобладающем большинстве задержание последа, реже атония матки. Во всех 4-х случ. кровотечений при наличии больших опухолей было задержание последа, потребовавшее ручного отделения. Задержание последа и его оболочек зависит, повидимому, от особенностей прикрепления последа в области узлов, вероятно в виде слабого развития спонгиозного слоя, а может быть благодаря глубокому внедрению ворсин. По крайней мере, в случаях ручного отделения последа, положительно отмечалось приращение его именно в месте расположения фиброзных узлов. В 1-м случ. послед имел подковообразную форму. Только небольшая часть кровотечений зависела от чистой атонии матки. При больших опухолях оно наблюдалось 1 раз, и то небольшое, при мелких узлах—3 раза.

По Тригеру задержание плаценты при миомах (placenta accreta) составляет 25%. Приращение последа происходит не только у самого узла; оно наблюдается и при небольших интерстициальных опухолях и зависит, повидимому, от изменений в эндометрии. H i t s c h m a n n, S c h a u t a (Гичман и Шаута) объясняют приращение последа при миомах тем, что наряду с атрофией слизистой оболочки матки происходит вращение ворсинок в мышечный слой.

Из 11 больных, у которых беременность закончилась выкидышами, у 5-ти с беременностью до 3-х м-цев было произведено выскабливание; остальные 6 проведены консервативно, исключая одного 5-тимесячного выкидыша, где было произведено ручное отделение остатков плодного яйца. Из них осложнение в послеродовом периоде дали два выкидыша с субмукозными узлами в кулак величиной, в виде длительных лихорадок с подозрением на некроз. У 1-й больной было произведено выскабливание, у другой выкидыш протекал самостоятельно. Такой же величины опухоли, но межмышечные, при 2-хмесячном выкидыше не дали осложнений в послеродовом периоде. 3-я больная с 2-мя узлами, один в кулак, другой меньше, после 6-тимесячного выкидыша провела послеродовой период с повышенной т-рой до 38° и явлениями субинволюции; выписалась под расписку на 12-й день. 2 больных с меньшими узлами, величиной с апельсин, и остальные с мелкими узлами провели послеродовой период безлихорадочно.

Таким образом, серьезные осложнения после выкидышей давали только 2 больных с большими субмукозными узлами, что составляет 18,2%.

В противоположность энергичной и даже бурной родовой деятельности, какую развивает матка в течение родов, в послеродовом периоде, наоборот, фиброзные узлы, повидимому, мешают хорошему сокращению матки, и в послеродовом периоде часто отмечается субинволюция. Чистая форма субинволюции без каких-либо серьезных осложнений в послеродовом периоде наблюдалась 24 раза, что составляет 32,4% на все число срочных и преждевременных родов. Кроме того, наблюдался ряд осложнений, при которых субинволюция является неизбежным спутником, иногда этиологическим моментом.

Осложнения в послеродовом периоде при наличии фибромоме были следующие: пневмония+уремия—1, септикопиемия—1 (оба закончились смертью), пиэмия—1, тромбозы—2, параметриты—2, локализованные эндометриты—3, эндометрит+пневмония—1, резорбционные лихорадки с т-рой выше 38° —10, итого $21=28,4\%$ лихорадящих, не считая субфебрильной т-ры 3—4 дня, что наблюдалось в 29 случ.= $39,9\%$. Сравнивая $\%$ -ое отношение лихорадящих после родов $28,4\%$ и выкидышей $18,2\%$, можно видеть, что это осложнение чаще наступает после срочных родов. Количество осложнений в послеродовом периоде приблизительно таково, как и у *Hessenberger'a* (22%). *Lantaejon* описал редкий случай осложнения в послеродовом периоде при фибромоме не лихорадочного характера в виде кровоизлияния в брюшную полость вследствие сильного развития венозной сети на узле.

У большинства больных осложнения в послеродовом периоде происходили, по видимому, в результате тех пособий, которые подавались в течение родов.

Среди тех больных, которые давали осложнения в послеродовом периоде, было 3 случ. тяжелого септического заболевания. У 1-й был субмукозный узел величиною с голову взрослого человека и несколько мелких, кровотечение в послеродовом периоде, и применен горячий маточный душ. Больная погибла от уремии и пневмонии. Однако, на аутопсии были обнаружены признаки гнилостного разложения субмукозного узла. У 2-й больной с мелкими узлами, погибшей от септикопиемии с перитонитом, также при родах был применен ряд оперативных пособий, которые могли сами по себе быть причиной септического заболевания, а именно: метрейриз при т-ре $38,6^{\circ}$ и наличии гнойных выделений, перфорация и извлечение мертвого плода с разрывом задней стенки влагалища и ручное отделение последа по поводу кровотечения. У 3-й больной был узел у дна матки величиною в 2 кулака. У больной также был применен ряд оперативных пособий. Больная перенесла пиэмию, фиброзный узел распался, рассосался и больная выписалась здоровой. Этот случай представляет большой интерес. Первородящая, 28 лет. Таз: 27, 24, 22, 19. С. Д.— $10\frac{3}{4}$. Слабая родовая деятельность. Тугое раскрытие зева. *Endometritis subpartur*. Т-ра $40,1$, пульс 106. Щипцы, ручное отделение оболочек, промывание матки борной и спиртом, швы на разрыв промежности. В послеродовом периоде наблюдались перитонеальные явления со 2-го дня после родов. Швы разошлись; *ulcera puerperalia*; эндометрит. Лечение перевязками матки по *Сицинскому*, на 14 день метастатическая пневмония. На 17-й день метастатическая флегмона в левой надключичной ямке, редуцировавшаяся без нагноения. Больная лихорадила почти 2 месяца с т-рой выше 40° и частым пульсом. Благодаря фиброному узлу точно определить величину матки в послеродовом периоде не представлялось возможным. Верхняя граница опухоли еще на 28-й день была на 3—4 пальца выше лона. На 45-й день на 1—2 пальца выше лона (внутреннее исследование), то же и на 53-й день; на 60-й день на 1 палец выше лона, причем опухоль была мало болезненна, выпота в параметрии не констатировалось, т-ра была уже ниже 38° . Начиная с 71-го дня установилась нормальная т-ра. На 81-й день больная выписалась здоровой, при исследовании опухоли уже не было найдено, обнаружены только резко выраженные *residua* у дна матки.

У больных тромбофлебитами были мелкие фиброзные узлы и у одной из них кесарское сечение по поводу предлежания последа; у другой—ручное отделение последа; на разрыв промежности наложены швы. Из 2-х больных параметритами, у одной был узел величиною с мандарин, у другой мелкие фиброзные узлы. У 1-ой было ручное отделение последа, у 2-й выпадение пуповины и извлечение плода.

Из больных эндометритом только у одной был узел в 1¹/₂ кулака; у остальных 2-х, как и у 3-й больной (с уремии и пневмонией) были мелкие фиброзные узлы (у одной множественные).

Таким образом, изучение нашего материала показало, что причиной септических заболеваний является ряд акушерских пособий во время родов. Что касается более легких заболеваний типа резорбционных лихорадок (10 сл.), то здесь уже более заметно влияние величины фиброзных узлов.

Форма заболеваний:	септич. заб.	резорбц. лих.	субинвол.	норм. послер. пер.
Величина опух.:	I II III	I II III	I II III	I II III
Число случаев:	3 1 7	2 3 5	3 8 13	5 2 22

Таким образом, при резорбционных лихорадках большие (I и II велич.) узлы были констатированы в половине случаев, при субинволюции в несколько меньшем %-те и еще меньше при септических заболеваниях. При нормальном течении послеродового периода мелкие узлы составляли 75,8% всего количества.

Расположение узлов по отношению к стенке матки имеет первенствующее значение. Из 3-х случ. субмукозного расположения узлов, в 2-х были длительные лихорадочные тяжелые заболевания с признаками инфекции этих узлов, в 3-м случ., хотя больная погибла от уремии и пневмонии, субмукозный узел на аутопсии был найден с признаками инфекции и разложения.

Заболеваемость в послеродовом периоде в связи с величиной фиброзных узлов распределялась так: у больных после срочных и преждевременных родов:

	Вел. узл.
1 сл. пневмония, уремия, некроз, субмукоз. узла. смерть	I
1 „ септикопиемия, смерть	III
1 „ пиэмия. Полное рассасывание узлов. Выздоровление	I
2 „ тромбофлебита	III III
2 „ параметрита	II III
3 „ эндометрита	I III III
1 „ эндометрит + пневмония	III
Итого 11=14,9% септических заболеваний	I—3, II—1, III—7
10=13,5% резорбцион. лихорадки	I—2, II—3, III—5
24=32,4% субинволюция	I—3, II—8, III—13
29=39,2% без осложнений	I—5, II—1, III—23

Выкидыши:

2 сл. длит. лих. с подозрен. на некроз субмукоз. узлов	I—I, II—1
4 „ субфебрильная т-ра	I—2, II—1, III—1
5 „ без осложнений	I—1, III—4

На основании вышеприведенных цифр трудно установить зависимость осложнений в послеродовом периоде от величины фибромном.

В общем резорбционные лихорадки и субинволюция чаще наблюдаются при больших опухолях.

Помимо занесения инфекции при оперативных пособиях, которые значительно чаще приходится применять при осложнении родов фибромиомами, в некоторых случаях причиной септического заболевания является омертвление фибромиомы в результате инфекции при субмукозных узлах и нарушения их питания благодаря уменьшению кровоснабжения и процессам обратного развития, которые происходят не только в мышцах матки, но и в самих узлах.

Расстройства в питании узлов, повидимому, нередко наступают в послеродовом периоде и сказываются в болезненности при оцупывании. Эта болезненность отмечается нередко уже со второго дня, самое позднее с 5-го дня после родов, констатируется иногда короткое время 2-3 дня, иногда до полуторы недели без того, чтобы наступало омертвление. Эта болезненность по нашему материалу отмечалась 32 раза = 39%. Наичаще она определялась при наличии больших фиброзных узлов — в 20 сл., т. е. в 62,5% из вышеуказанных 32-х. Положение узлов в стенке матки в этом отношении не имеет, повидимому, значения; болезненность наблюдалась как при межзачаточных, так и подсерозных узлах.

В ряде случаев можно было положительно констатировать уменьшение фибромиом в послеродовом периоде. Это могло зависеть как от уменьшения кровенаполнения и набухлости, так и от обратной эволюции мышечной паренхимы матки в послеродовом периоде, которая захватывает также и фибромиомы.

Хейман (Heumann) описал случай перерождения фибромиомы в послеродовом периоде без наличия инфекции, подтвержденный чревосечением. Леру — (Leroux) случай асептического некроза во время беременности.

Омертвление и разложение фиброзных узлов описаны многими авторами как во время беременности, так и в послеродовом периоде (Сутугин 3 случая. Тригер, Штеренберг, Блонд (Blond) 8 сл., Леру 7 сл., Лоба (Laubat), Феррачина (Ferracini) и др.). Блонд определяет частоту этого осложнения в 5%—10%, считая и те случаи, когда некрозу подвергались отдельные участки. На разрезе участки имели темносерый цвет, напоминающий вареное мясо, ядра слабо окрашивались, наблюдалось зернистое и гиалиновое перерождение, признаки дегенерации сосудов, сужение просвета, тромбоз и эмболия. Некроз и инфекция фиброзных узлов представляется наиболее тяжелым осложнением в послеродовом периоде. Чаще всего инфекции подвергаются субмукозные узлы, так как целостность капсулы их легко нарушается и нестойкая ткань фиброзных узлов легко делается доступной воздействию проникающих в матку бактерий. Субмукозный узел может быть не распознан в послеродовом периоде, принят за послед и тогда делаются попытки к его удалению, иногда с успехом, как в случае Ганелиной. Фогель потерял одну больную с субмукозным узлом, другая выздоровела после надвлагалищной ампутации матки. При омертвлении фиброзных узлов показано удаление матки влагалищным путем или в виде надвлагалищной ампутации. Первый — влагалищный способ в инфицированных случаях предпочтительнее при наличии техниче-

ских возможностей и не очень большой опухоли. Интересно, что иногда происходит омертвление и полное рассасывание фиброзных узлов. Вирхов считал невозможным рассасывание фибромиом в послеродовом периоде. Однако, различными авторами (Красин, Васильев, Сканцони, (Scanzoni) Клейнвехтер (Kleinwächter) Гаусс (Gauss), Лелейн (Lohlein) и др.) описано около 2-х десятков сл. несомненного исчезновения фибромиом в послеродовом периоде. Часть случаев проверена вскрытием. В большинстве рассасывание протекало с лихорадкой. Один такой случай наблюдался среди наших больных, как было указано выше.

Изучение нашего материала приводит к следующим выводам:

Преждевременное прерывание беременности при фибромиомах происходит не чаще, чем без них, но большие фиброзные узлы предрасполагают к раннему прерыванию беременности.

При наличии фибромиом роды в общем протекают быстрее. Число осложнений и оперативных пособий при родах, осложненных фибромиомами, значительно больше, чем при нормальных родах. В этиологическом отношении важно, что осложнения в течении родов в большинстве требуют вхождения рукой или инструментами в полость матки (наичаще ручного отделения частично приращенного последа). При фибромиомах часто встречаются задержания последа и кровотечения в результате более плотного прикрепления последа в области фиброзных узлов.

При наличии фибромиом послеродовой период часто протекает с повышенной т-рой благодаря инфекции родовых путей, вследствие необходимости применять в большом количестве оперативные пособия в зависимости от наличия фиброзных узлов. Субмукозные узлы наичаще дают осложнения. Смертность в послеродовом периоде при наличии фибромиом увеличивается так же, как и заболеваемость.

По нашему материалу 2 больные (=2,4%) погибли, одна несомненно от септического процесса; всего тяжелых септических процессов 3=3,5%, при общем количестве лихорадящих с т-рой выше 38°—28,4%.

Послеродовой период часто осложняется недостаточным обратным развитием матки—32,4%. В послеродовом периоде часто наступают также признаки расстройства в питании фиброзных узлов, без ясных признаков омертвления, что обнаруживается болезненностью при ощупывании.

Обратное развитие матки в послеродовом периоде захватывает и фибромиомы, благодаря чему большая часть их уменьшается в объеме.

Какие же выводы можно сделать на основании изучения послеродового периода для руководства во время беременности и родов при наличии фиброзных узлов.

Несмотря на то, что операции на самой беременной матке часто не влекут за собою прерывания беременности, тем не менее наблюдались выкидыши после консервативной миомэктомии и в последнее время (Pauget). Кроме того, описаны случаи разрыва матки после энуклеации фибромиомы. Так как осложнения в послеродовом периоде зависят не столько от фибромиом, сколько от инфекции благодаря более частой необходимости оперативного вмешательства при родах, то удаление фибромиом в течение беременности не представляет настоящей необходи-

мости и может быть отложено до наступления родов за исключением осложнений, наступающих во время самой беременности.

Показанием для вмешательства могут быть осложнения со стороны плодного яйца. Вне этого большинство французских и другие акушеры допускают вмешательство уже при доношенном плоде—Форже (Forget), Блонд (Blond), Фишман (Fischmann), Базан (Bazan) и др. Показаниями к оперативному вмешательству во время беременности могут быть: 1) быстрый рост и злокачественное перерождение, 2) большая величина опухоли, вызывающей затруднения в дыхании и сердцебиении, давление на другие органы и жестокие невралгии, 3) некроз опухоли и 4) перекручивание опухоли или матки, когда вправление не удастся (Тадеуш—Tadeusz). Такие показания, повидимому, встречаются не часто. Базан на 50 случаев беременности с миомами не наблюдал осложнений. По Фритчу на 400 случаев только в 4-х потребовалось удаление фибромом во время беременности.

Во время родов показаниями к оперативному вмешательству могут служить кровотечения и осложнения родового акта (Кларк—Clark).

При наличии фиброзных узлов, требующих оперативного пособия, в зависимости от величины и расположения, операцией выбора представляется кесарское сечение с вылушением единичных фиброзных узлов или ампутация матки при наличии больших множественных опухолей. Чисто акушерские операции по поводу фибромом многие считают противопоказанными.

При наличии небольших фиброзных узлов до величины куриного яйца, субсерозных или межмышечных, роды могут быть предоставлены естественному течению, так как в послеродовом периоде небольшие узлы редко дают серьезные осложнения.

При определении фиброзных узлов в послеродовом периоде лучше ожидать его окончания. Вылушение же миом или удаление матки вскоре после родов показаны только при наличии инфекции и распада опухоли.

Инфекция и нагноение фиброзных узлов в послеродовом периоде представляют очень тяжелые осложнения и оправдывают немедленное удаление матки, как это только диагностировано.

Субмукозные узлы при наличии инфекции должны быть удалены при первых ее признаках вместе с маткой.

Необходимо тщательное наблюдение за роженицей в послеродовом периоде и немедленное удаление последа при начинающемся кровотечении и частей его в подозрительных случаях.

В послеродовом периоде следует механическими раздражениями дна матки удалять скопляющиеся в ней кровяные сгустки и поддерживать ее в состоянии сокращения. С назначением льда и препаратов спорыньи в виду склонности к омертвлению узлов необходимо соблюдать осторожность.

Литература. 1) Красин. Врач, 1881, № 22.—2) Васильев Ж. А. и Ж. Бол., 1888, стр. 28.—3) Сутугин. Врач, 1891, № 12.—4) Муратов Ж. А. и Ж. Бол., 1894, стр. 869.—5) Иванов Ж. А. и Ж. Бол., 1894, стр. 944.—6) Фогель Ж. А. и Ж. Бол. 1899, стр. 366.—7) Поволоцкая. Р. гин. вестн., 1924, т. 2, в. 1.—8) Hessenberger. Diss. Frankfurt. 1924.—9) Ганелина Ж. А. и Ж. Бол., 1924, кн. 45.—10) Blond, P. Brooke, Surg., gyn. a. obst. 1925, № 3.—11) Laubat. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. 1925, № 5.—

12) Leroux, Bull. med. 1925, № 39.—13) Груздев. Каз. мед. журн. 1925, № 1.—14) Тригер. Ж. А. и Ж. Бол., 1926, стр. 613.—15) Lantuejoul. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. 1926, № 6.—16) Kamniker Zbl. f. Gyn. 1926, № 12.—17) Klark Am. Journ. of obst., 1926, № 3.—18) Штеренберг Ж. А. и Ж. Бол. 1927, кн. 2.

Из акушерско-гинекологической клиники Казанского гос. института для усов. врачей. Завед. проф. А. И. Тимофеев.

К вопросу о конституциональных типах женщин.

Старш. асс. И-та, прив.-доц. у-та **Н. Н. Чукалова.**

В предшествовавшей нашей работе ¹⁾ мы определили, пользуясь антропометрическими индексами для мужчин по работе д-ра Андреева ²⁾, и в исправлении средней и квадратических отклонений для женщин по работам Недригайловой ³⁾ и Ульяновой ⁴⁾, на материале родильного отделения нашей клиники два женских типа конституции — пикнический и астенический и представили отношение этих конституциональных типов к чадородной функции у женщин на материале в сто случаев.

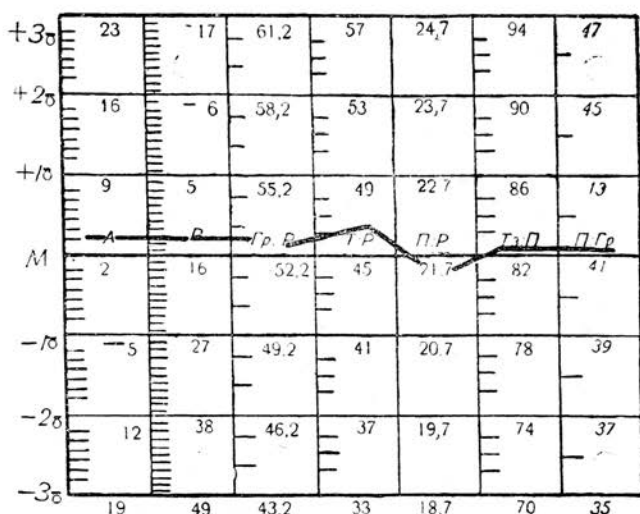


Рис. 1. Средняя кривая среднего типа конституции.

Задачей настоящей работы является выведение прочих конституциональных женских типов, в обработке того же метода, на материале

¹⁾ Чукалова Н. Н. К вопросу об определении конституции и значение ее в родовой функции женщины. (Каз. мед. ж., № 12, 1928 г.).

²⁾ Андреев М. П. Взаимоотношения психического склада и телосложения. (Казань, 1926 г.).

³⁾ Недригайлова О. В. Физические признаки работниц Харькова. (Материалы по антропологии Украины, 1926 г.).

⁴⁾ Ульянова М. Г. Соматометрические профили телосложения у женщин (Работы псих. кл. Каз. гос. у-та, 1928 г.).