

Большое практическое значение имеют профилактические мероприятия против данного заболевания, которые коротко могут быть выражены одной фразой: крайне бережное обращение с шейкой матки при всех манипуляциях с ней, в особенности во время беременности и после родов. В частности необходимо теперь же отказаться совершенно от практикуемого ныне метода прерывания беременности путем выскабливания с предварительным расширением шейки и заменить его другим более рациональным, так называемым натуральным методом. Подробные соображения свои по этому вопросу я излагаю в специальной работе.

Из Красноярского Горроддома.

## Имеется ли необходимость в ограничении операции ручного удаления последа?

Старш. врача А. А. Благодарова.

В отечественной и зарубежной литературе за последние годы, как известно, поднят, казалось бы, несущественный и уже очень старый вопрос — вопрос переоценки результатов операции ручного удаления последа. Если принять во внимание всю историю этого вопроса в последовательном ее ходе, надобность в пересмотре его станет очевидной.

Известно, что существовавшее некоторое время в доантисептическом периоде увлечение операцией ручного удаления последа сменилось тяжелым разочарованием, ибо эта операция давала самую большую заболеваемость и смертность из всех акушерских операций. Полученный урок настолько был памятен, что он еще далеко не забыт и в наше время, не смотря на то, что в клиниках и больницах это акушерское вмешательство во многом давно уже утратило свою традиционную опасность. Вместе с уменьшением опасности этой операции и самый вопрос в его целом теперь, казалось-бы, совершенно должен был потерять интерес к себе. Однако, в действительности дело обстоит иначе. Прежде всего оказалось, что операция удаления последа и теперь во внеклинических и внебольничных условиях все еще продолжает оставаться серьезным вмешательством. Вместе с тем при проверке ее результатов по клиникам и больницам оказалось, что она не является совершенно безразличным вмешательством. К этому следует добавить еще и то обстоятельство, что новейшее акушерство обогатилось такими новыми видами пособий, заменяющими во многих случаях ручное удаление последа, при знакомстве с которыми нельзя избежать попутного пересмотра всего вопроса в целом. Наконец, накапливающиеся наблюдения с очевидностью указывают на недостаточно полную разработку патологии задержания последа вообще, начиная с номенклатуры различных форм последнего. Особенно большая неясность царит в практической стороне дела. В практике, как известно, все случаи задержания последа, потребовавшие введения руки в полость матки шаблонно относятся, к „приращению последа“. Все вышеуказанное в совокупности составляет новую, еще недостаточно известную широким кругам практических врачей главу акушерства.

Прежде всего в части классификации задержаний последа следует указать, что теперь принято различать три основных формы задержания последа в матке: 1) *placenta accreta, s. increta*, 2) *pl. adhaerens* и 3) *pl. incarcerala*. При первой форме имеется, как известно, действительное приращение последа. При второй—предполагается, что анатомического приращения последа нет, а сцепление стенки матки с последом вызвано еще недостаточно выясненным способом и в том числе, повидимому, тем физическим явлением, которое обуславливает сцепление всяких двух тесно прилежащих друг к другу гладких и широких плоскостей (*placenta adhaesiva Lierman's*). Что из себя представляет третья форма, указывать, полагаю, излишне. Следует сказать, что в практике весьма часто эта форма задержания последа не выделяется в особую группу, а сваливается в общую группу „приращений“ и тем самым в значительной степени обесценивается значительный статистический материал, т. к. прогнозика ручного отделения при этой форме во много раз благоприятнее, чем при двух первых формах (*Schmid*).

Распознавание отдельных форм задержаний последа необходимо для выбора рациональной терапии. Так, только после надлежащего изучения и дифференциации истинного приращения последа начала изменяться радикально и его терапия. Большинство авторов, имевших дело при терапии последнего с побочным осложнением, в том числе и мы, теперь находят, что при *pl. accreta* ручное отделение последа является неприменимым, а взамен его требуется полное удаление матки. Точно также намечается большой сдвиг и в терапии *placenta adhaerens*. При этой форме задержания последа с введением новых приемов, о которых будет идти речь ниже, прежнее монопольное применение операции ручного отделения в большом числе случаев оказывается уже излишним. Замена ручного отделения другими приемами приобретает особенно большую ценность во внебольничной и внеклинической практике. Войти рукой в полость матки при ущемлении последа, само собой разумеется, ни в клинической обстановке ни в частной практике не требуется. Следовательно, своевременное распознавание формы задержания последа и выбор соответствующего и наиболее безопасного приема является целью современного акушерства.

Было бы чрезвычайно желательно, чтобы все вышесказанное было осуществимо в практике полностью,—чего к сожалению, еще далеко нет. Распознать и особенно дифференцировать две первые формы задержания последа, не входя рукой в полости матки, не представляется возможным. Можно еще, но и то не всегда, распознать ущемление последа. Для этой цели служат такие диагностические приемы, как признаки *Schröder's*, *Ahlfeld's*, *Küstner's*, *Strassmann's* и др., хотя и они являются недостаточными для диагностики смешанных форм, т. е. ущемления последа с частичным приращением его.

Положение дела осложняется еще более тем, что в действительности, не всегда удается провести строгую границу между первыми двумя формами не только клиническим путем, но даже и анатомическими исследованиями. К тому же недостаточно выяснены такие теоретически и практически важные детали, как например, то, какое понятие вложено в самый термин—*placenta adhaerens*—клиническое или анатомическое. *Dietrich*, например, считает этот термин клиническим, основываясь на том, что до сего времени при таком диагнозе ни разу не было обнару-

жено действительного приращения ворсинок к стенке матки. В то же время он допускает в подобных случаях несомненное наличие в децидуальной оболочке, пока еще не установленных изменений, фиксирующих плаценту. К этому следует добавить, что Schwarzenbach находил при pl. adhaerens недостаточное развитие decidua basalis, свидетельствующее о недостаточном развитии и атрофическом состоянии децидуальной оболочки; Nordman наблюдал в decidua basalis большее, в сравнении с нормой, развитие соединительной ткани; Streckler находил в ней большое количество атрофированных ворсинок и т. д. Очевидно правильное всего на этот счет будет мнение Neumann'a, который допускает существование между указанными формами задержаний последа переходных стадий. Имеют ли эти переходные формы какое-нибудь значение в терапии и нужно ли их выделять особо?—вопрос считается, очевидно, пока открытым. Ручное отделение в таких случаях будет необходимо, но уже, нужно думать, после того, как безрезультатно будут испробованы предварительные, менее опасные терапевтические приемы. Исключение должно быть сделано только для случаев прикрепления последа в трубных углах, где, благодаря особому направлению мышечных пучков, а также несколько отличному строению децидуальной оболочки, задержка последа носит такой характер, что ручное отделение почти всегда является необходимым.

Основной опасностью приема ручного удаления, которую, как мы указали выше, одни авторы не дооценивали, а другие, наоборот, переоценивали, является занесение в полость матки инфекции. В клиниках и больницах эта опасность не велика. По Тимофееву, она во всяком случае не превышает таковую от всех прочих акушерских операций. По Winter'у смертность от операции ручного удаления последа в его клинике составляла 1%, а заболеваемость—25%; у нас смертность была до 1% и заболеваемость до 25%. Как видно, опасность существенна даже в клинических условиях и пренебрегать ею, очевидно, совершенно не приходится. Во внебольничной же обстановке результаты ручного удаления последа во много раз хуже, а именно, по данным Jaschke и Oritz'a смертность от этого вмешательства составляет 10%, а заболеваемость достигает 60—70%. Итак, необходимость в замене и ограничении рассматриваемой акушерской операции, на что теперь обращено внимание в заграничной литературе, является более чем очевидной.

Самым старым способом, заменяющим в некоторых случаях ручное удаление, является выжидательный,—разработанный в определенную систему по предложению Freund'a, и в данное время проводимый такими акушерами, как Vogt, Kehrer, Liermann и друг. Эти авторы принципиально допускают выжидание до суток и даже больше самостоятельного выхождения последа. Почти неограниченный срок выжидания вплоть до целого месяца, практиковавшийся раньше, теперь, конечно, значительно ограничен и только в редких случаях превышает 12 часов. Отрицательная сторона выжидательного метода заключается в возможности потери роженицей большого количества крови и возможности возникновения инфекции. Особенно этот метод не применим во внебольничной обстановке, где его трудно провести и по техническим условиям, не говоря уже о большой опасности со стороны инфекции. Мнение, насколько выжидательный метод применим в широкой практике, можно соста-

вить себе, хотя бы, из следующих его оценок. Hammerschlag определенно указывает на то, что оставление последа в матке во внебольничной обстановке свыше 6 часов опасно в отношении инфекции, а, следовательно, и недопустимо. Schmid опасность инфекции при задержании последа, даже при отсутствии кровотечения, считает почти одинаковой с опасностью от самого кровотечения, с той лишь разницей, что в первом случае опасность несколько отсрачивается. Суммируя мнения отдельных представителей противоположных сторон, Schmid в своей последней монографии, помещенной в руководстве Halban-Seitz'a говорит, что положение, согласно которого, если роды происходят в благоустроенном лечебном учреждении и притом, если нет причины опасаться занесения инфекции (внутреннее исследование, инфекция в анампазо и т. д.) и если, самое главное, нет кровотечения, то допускается выжидание до 12 часов и даже до 24 часов, нужно считать остающимся еще в силе и теперь. Несмотря на вышесказанное, в практике выжидательный метод проводится все же редко. В большинстве клиник и больниц, в том числе и в нашей больнице выжидание допускается не более 3—4 часов. И больше того, имеются даже такие авторы, которые рекомендуют удалять послед уже спустя один час после окончания второго периода родов (Brand).

Большим шагом вперед в терапии задержки последа представляется метод наполнения последа по способу Majon-Gabastou, способу, который еще мало известен и мало распространен. Этим способом удастся не только сократить продолжительность третьего периода, но очень часто совсем избежать необходимости ручного удаления последа. Schmid, Koerting, Frangott, Conrad-Stickel этим способом сократили число операций ручного удаления вдвое. Отдельно у Koerting'a с введением этого способа число операций ручного отделения последа с 13,6 на 1000 родов снизилось до 6,8, у Frangotta'a с 6,6 на 1000 родов — до 1,6 и т. д. Техника метода, как известно, не сложна и легко выполняется даже и в частной практике. В vena umbilicalis вливается от 150,0 до двух литров какого-либо раствора или даже простой стерилизованной воды температуры 40—50°C. Из растворов рекомендуется: физиологический, 1% Natr. citric., 4% alumen crudi (Rode) и т. д. Отделение последа при этом способе ускоряется, благодаря взаимному смещению стенок матки и поверхности последа. Смещение же зависит от увеличения объема и веса плаценты, термического раздражения мускулатуры матки и образования ретроплацентарной гиомы. Как видно, способ Majon-Gabastou во всех отношениях имеет преимущество перед выжидательным методом и заслуживает поэтому самого серьезного внимания и распространения, особенно во внебольничной обстановке.

Вторым новым приемом в акушерстве, оказывающим огромную услугу в случаях задержания последа является метод *изолированной компрессии аорты*, метод, который особенно ценен для случаев сопровождающихся кровотечениями. Этот способ целиком заимствован из хирургии, где он, в свое время произвел целый переворот в методике оперативной техники некоторых областей тела и особенно конечностей. Нужно, действительно удивляться, почему этот, давно применяемый в хирургии, легко доступный и выполнимый способ так поздно нашел, наконец, свое применение в акушерстве. Мы должны указать, что здесь идет

дело не о методе сдавливания аорты жгутом по Момбургу, а об изолированной компрессии брюшной аорты или помощью руки, сжатой в кулак, или помощью соответствующих предложенных для этой цели специальных аппаратов и пелотов. Выгодным отличием компрессии аорты от жгута Момбурга заключается в ее полной безопасности для больной. Жгут Момбурга, как известно, не является безразличным мероприятием. Вследствие опасности для больной, он применяется обычно только в качестве *ultimum refugium* и после выжимания по *Credé*, тогда как компрессией аорты можно пользоваться до этого приема. Компрессию аорты мы имели возможность применять сами лично и убедиться в ее действительно незаменимом качестве, особенно в случаях, сопровождавшихся сколько-нибудь сильным кровотечением из матки, причем мы применяли ее как при задержании послета, так и в других случаях кровотечений с целью уменьшить потерю крови до выполнения соответствующего основного мероприятия.

Помощью компрессии аорты можно, помимо остановки кровотечения, часто добиться ускорения самостоятельного отхождения послета и даже самостоятельного выхождения его в тех случаях, когда он самостоятельно не вышел бы совсем. Таким образом, этим способом можно избежать применения ручного отделения послета. Например, Engelmann у в последние годы удалось из 26 случаев задержания послета с помощью прижатия аорты избежать применения ручного удаления 9 раз. Этот способ ценен особенно для частной практики, т. к. позволяет отложить экстренную операцию удаления послета на дому и перевести больную из неудовлетворительной обстановки в больницу.

Учитывая большую ценность компрессии аорты, мы позволим себе остановиться на некоторых деталях ее. Механизм благоприятного влияния компрессии аорты пока остается невыясненным. Известно, что можно добиться хороших результатов даже при неполном сдавливании аорты (Schulze). Sigwardy, Webery, Hoehne, Bäckery удалось наблюдать при этом способе усиление сократительной деятельности матки, что, очевидно, зависит от анемии матки и перенасыщения ее углекислотой. Само собой разумеется, компрессия аорты не должна во всех случаях приниматься за панацею. В случаях, с самого начала угрожающих, ее можно и должно использовать только попутно, во время подготовки больной к операции. В менее же тяжелых случаях она может производиться уже и в качестве самостоятельного приема. Этот метод, что особенно важно, позволяет при кровотечениях несколько оттянуть необходимость применения способа *Credé*, который, будучи произведен несвоевременно, может причинить больной много бед.

Оба эти способа (Major-Gabastou и компрессия аорты), заслуживают самого серьезного внимания и несомненно в недалеком будущем займут надлежащее место в терапии задержания послета. Указанными способами можно в половине случаев избежать операции ручного удаления послета, но, очевидно, все-же нельзя вывести последнюю из употребления. Остаются случаи, при которых ручное удаление остается неизбежным. Совершенно понятно, что в целях уменьшения опасности данной операции, на ряду с изысканием способов, заменяющих ручное отделение идет изыскание и путей уменьшения степени ее опасности. К таким попыткам следует отнести предложенный Окинчицем рукав,

который надевается на руку, вводимую при отделении последа в полость матки и который, судя по сообщению Краснопольской, дал хорошие результаты. Дальнейшие наблюдения должны подтвердить полезную сторону этого приема.

Приводимый нами ниже материал, к сожалению, не может быть использован для оценки вышеприведенных новых способов, но его мы полагаем использовать в другом отношении. Мы уже говорили, что имеются лица, которые еще и теперь не могут отделаться от суеверного страха перед операцией ручного отделения последа и склонны, как упоминал проф. Тимофеев, скорее потерять больную от острого кровотечения, чем решиться на эту операцию. Для этих лиц и старый статистический материал и результаты старых приемов, следовательно, не потеряли свою цену. Приводимые нами результаты ручного удаления последа сравнительно благоприятны и не дают оснований переоценивать тяжесть данного вмешательства.

Некоторые авторы при разработке статистического материала, относящегося к вопросу о приращении последа, попутно пытаются проследить роль аборт в этиологии данного осложнения беременности. Из русских авторов этим вопросом занимались Klein, Новикова и в последнее время Краснопольская. Все эти авторы утверждают о наличии зависимости между тем и другим. В то же самое время имеются авторы (Atzerodt и мн. др.), которые эту связь на своем материале не обнаружили.

Наш материал состоит из 130 случаев *pl. adhaerens* и одного случая *pl. accreta vera*, собранных за период времени с 1914 г. по первую четверть 1929 г. на 12500 родов в Красноярском Горроддоме. В указанное число вошли только случаи родов при доношенной беременности и притом преимущественно проведенные в лечебном учреждении, за исключением 7 рожениц, прибывших в роддом вскоре после родов. Частота наблюдений составляет таким образом в среднем 9,6 на 1000 родов, колеблясь от 4 на 1000 родов в 1915 г. до 18—в 1928 году. Эти цифры примерно являются средними. Так, у Döderlein'a частота наблюдений равна 0,9 на 1000 родов, у Zangemeister'a—19. В родильном доме имени Снегирева (Ленинград) от 6,9 до 10, в Казанской клинике от 18 до 19 на 1000 родов и т. д. Нужно сказать, что частота эта во многом отношении зависит, как мы указали выше, от принятого в данном учреждении направления терапии и может, следовательно, в одной и той же клинике варьировать в больших пределах.

По возрасту больные распределялись так: до 20 лет—14 (10,7%), от 21 до 25—31 (24%), от 26—30 л.—45 (34%), от 31 до 40 л.—32 (24%) и от 41 до 45 л.—18 (6%). Из этих цифр видно, что большинство больных (58%) относится к зрелому возрасту от 26 до 40 лет.

Первобеременные составляли 16% (21 случай) и повторно беременные 84%—109 случаев. По числу родов наш материал распределялся следующим образом: I para—2, II para—24, III para—31, IV para—15, V para—9, VI para—8, VII para—6, VIII para—5, IX para—2 и выше X para (высшее число родов было 16)—10. Из этих данных можно заключить, что количество беременностей предрасполагает к осложнению нормального механизма отделения последа, как это и отмечают большинство статистик.

Рецидивы ручного отделения были в 5-ти случаях (3,9%). Исходы операции ручного отделения последа у нас были следующие: всего умерло 3=2,3%,—все от острого малокровия. Из них за счет лечебного учреждения можно отнести, впрочем, только один смертельный случай (0,77%), остальные же два—прибыли после окончания второго периода родов с задержавшимся последом и с большой потерей крови еще до поступления в больницу. Впрочем, этот процент, возможно был бы и выше, если бы мы смогли проследить дальнейшую судьбу у 6 больных, переведенных в гинекологическое отделение с тяжелой формой послеродовой инфекции, возникшей после применения ручного удаления последа. Смертность в нашем учреждении,—следовательно не превышает среднюю норму, т. е. приблизительно равняется одному проценту.

Что же касается заболеваемости в связи с этой операцией, то в нашем материале она выразилась в следующих цифрах: совершенно нормальная температура была у 68 рожениц (52%), повышение не менее 3-х раз (свыше 38,5°) было у 34=26%. За исключением 6 переведенных в гинекологическое отделение, из лихорадивших больных задержались в учреждении свыше 11 дней (до 18)—17 больных. Из них у трех повышение температуры могло произойти за счет предшествующих операций: щипцы, поворот, извлечение. Таким образом более или менее тяжелые осложнения, которые можно отнести за счет исключительно одного отделения последа, были у 20 больных, что составляет примерно заболеваемость 15%, а общая заболеваемость, включая и легкие случаи, составит 31 случай на 130, т. е. 25%.

Placenta accreta vera у нас встретилась один раз. Случай этот окончился экстирпацией матки с выздоровлением больной. Заболеваемость с истинным приращением последа, следовательно, составляла 1 случай на 12.500 родов или 0,7%, по отношению ко всем случаям *pl. adhaerens*, что указывает на чрезвычайную редкость подобной формы задержания последа.

На основании разобранного нами своего материала и литературных данных мы приходим к следующим выводам:

1. Ручное удаление последа, даже в больничной обстановке, дает смертность до 1% и заболеваемость от 15 до 25%, вследствие чего эта операция должна быть отнесена к разряду тяжелых акушерских операций, применение которых следует всеми мерами ограничивать и допускать только по строгим показаниям.

2. Современное акушерство различает три формы задержания последа: 1) *pl. adhaerens*, 2) *plac. accreta* и 3) *pl. incarcerata*, требующих раздельной регистрации и различной терапии.

3. Способ *Majon-Gabastou* и изолированная компрессия аорты является теми новыми способами современного акушерства, применением которых можно в значительной степени (до 50%) ограничить необходимость применения ручного удаления последа.

4. В терапии *pl. accreta* ручное удаление не достигает цели и должно быть заменено экстирпацией матки.