

редний отрезок грыжевого кольца левой рукой осторожно подводится со стороны вскрытого грыжевого мешка грыжевой предохранитель, которым захватывается сразу вся толща кольца, причем ущемленные внутренности не травмируются ввиду того, что свободный конец грыжевого предохранителя приспособлен к анатомическим условиям данной области. Ущемленные же внутренности будут находиться под грыжевым предохранителем, покрытые марлевой салфеткой; грыжевой предохранитель должен быть плотно вставлен в грыжевое кольцо. После этого по его желобку под грыжевое кольцо правой рукой подводится мой герниотом и им рассекается это кольцо, насколько это необходимо.

К моему грыжевому предохранителю можно присоединить, вместо вышеописанного герниотома моей конструкции, подвижной изогнутый нож на шарнире, как это изображено на рис. № 5. Этот нож должен помещаться в желобке вышеописанного грыжевого предохранителя и удерживаться при помощи пружины в закрытом состоянии. Это будет наиболее усовершенствованный прибор—*автоматический герниотом*. При закрытом ноже после вскрытия грыжевого мешка этот автоматический инструмент вводится в грыжевое кольцо и плотно в нем устанавливается. После того как он своим свободным узким концом надлежащим образом фиксирован в грыжевом кольце, большим пальцем руки, удерживающей этот инструмент, надо нажать на подвижной нож и, благодаря этому, будет получено автоматически рассечение ущемляющего грыжевого кольца. Вся техника операции проводится обычным путем. По желанию хирурга можно регулировать величину и направление разреза, придавая то или иное положение этому автомату и изменяя, по мере надобности, силу давления на подвижной нож, укрепленный на этом инструменте.

В заключение я должен отметить, что пользование этими моими инструментами—грыжевым предохранителем и герниотомом или автоматическим герниотомом—дает полную возможность быстро и безопасно производить операцию при различных формах ущемленных грыж. Эти инструменты облегчают работу хирурга и значительно ускоряют время производства самой операции и, таким образом, содействуют делу рационализации в области хирургии.

Из Днепропетровского областного института охраны материнства и детства (Директор д-р. А. А. Г а б и н о в, научный руководитель проф. А. В. Х о х л о в).

Опыт обезболивания момента прорезывания головки— —„Durchtrittsnaecose“¹⁾.

(Предварительное сообщение).

Д-ра Р. М. Гуртовой.

Обезболивание родового акта, несмотря на значительную литературу по этому вопросу и обилие экспериментальных и клинических наблюдений, представляет собою еще далеко неразрешенную задачу, которая тем не менее настоятельно требует разрешения, ибо современная

¹⁾ Доложено в засед. Днепр. акуш. гинеколог. об-ва 14/IV 1930 года.

женщина гораздо сильнее страдает духовно и физически от физиологических родовых болей, чем женщина более отдаленных времен (Rankow). Многообразие методов и медикаментозных средств, предлагаемых для этой цели, является лучшим доказательством того, что надежных способов обезболивания родов мы все еще не имеем. К тому же те или иные методы не могут считаться абсолютно безвредными, как для матери, так и для плода,—и в этом, конечно, их самый существенный недостаток.

Поэтому заслуживает большого внимания предложение проф. Labhardt'a по крайней мере облегчать наиболее болезненный момент родов—прорезывание головки легким наркозом, который, не оказывая вредного действия ни на мать, ни на плод, создает временное исключение чувствительности, чрезвычайно благодетельное для роженицы. Следует учесть, что в этом периоде родового акта боль от сокращения матки суммируется с болезненными ощущениями, вызываемыми как давлением подлежащей головки на plexus sacralis и прямую кишку, так и растяжением чувствительных мягких частей тазового дна (Bumt). Груздев, присоединяясь к мнению Bumt'a, отмечает резкую болезненность момента прорезывания, усиливающуюся еще от сдавления головкой проходящих в тазовой клетчатке нервов. Вот почему синергетический способ Gwathmey'a, давая достаточное понижение чувствительности до начала прорезывания, часто оказывается недостаточным в процессе прорезывания головки. Halauey, предложившему еще в 1909 году свой метод нарко-типпноза, приходилось во время прорезывания головки прибегать к местной анестезии промежности (Гринберг). Гиршман при проведении родов под скололами-морфийным наркозом рекомендует при прорезывании головки для уничтожения „островов воспоминания“ применить хлороформный наркоз. Все это в достаточной мере подчеркивает необходимость создания нового метода обезболивания момента прорезывания. Таким методом и является Durchtrittsnarcose.

Метод этот имеет много общего с так называемым наркозом à la Rein, правда, с той только разницей, что последний начинают гораздо раньше прорезывания головки, и хлороформ дается при каждой схватке, иногда в течение нескольких часов. Это обстоятельство создает опасность вредного действия хлороформа на мать и на плод; кроме того роды несколько затягиваются, причем увеличивается частота послеродовых кровотечений.

Точно также метод, предложенный Martin'ом, отличается от Durchtrittsnarcose тем, что Martin начинает свое обезболивание уже с завершением полного раскрытия. Способ Martin'a начинается внутримышечным введением 0,5 куб. см. питуитрина. Когда появляются усиленные схватки, приступают к легкому хлороформному наркозу. Анестезия достигается не при отсутствии, а уже при понижении зрачкового рефлекса, на каковой стадии и поддерживается наркоз. Наркоз дается по каплям в течение каждой схватки. Вначале схватки бывают очень сильные, затем под постепенно возрастающим влиянием хлороформа интенсивность родовой деятельности начинает падать, обычно, к концу получаса. Тогда вновь вводят питуитрин, продолжая поддерживать такой же легкий хлороформный наркоз. Обычно Martin вводил 2,0 питуитрина

в течение 2-х часов, в некоторых случаях 3,0 в продолжение 3-х часов, но не больше. Наибольшая доза хлороформа, при которой удавалось ему достигнуть удовлетворительной анестезии, равнялась 11,25 гр. в час. Labhardt же предложил начинать наркоз только с момента врезывания головки, ибо при таком методе можно быть уверенным, что небольшое количество наркотического вещества не окажет вредного влияния ни на мать, ни на плод. Свой метод он подверг проверке в 500 случаях.

Методика его следующая: каждые 5, 10, 15 сек. на маску капают по 10 капель хлороформа, в среднем до наступления спокойного сна приходится употребить 50—80, редко до 100 капель. Понижение чувствительности наступает уже через 1—1½ мин. Прорезывание головки происходит легче, чем обычно; реже наблюдаются разрывы промежности. После немедленной перевязки пуповины больную стараются разбудить.

Никакого побочного действия хлороформа Labhardt не наблюдал. Не было рвоты, не было также никаких нарушений сердечной деятельности и дыхания. Женщины после пробуждения чувствуют себя хорошо. Они ничего не помнят о родах, и только некоторые смутно создавали себе впечатление, что они что-то чувствовали. Что касается новорожденных, то во всех случаях они рождались без каких-либо явлений вредного воздействия хлороформа—ни одной асфиксии. Labhardt считает Durchtrittsnarcose чрезвычайно простым и безопасным методом для облегчения родов, который он и рекомендует, как для клиницистов, так и для врачей практиков.

Такие же хорошие результаты с этим методом получал и Ненгард. Последний, независимо от Labhardt'a, проводил при родах обезболивание в течение 4-х лет. За это время у него накопилось около 200 случаев. Методика та же, что и у Labhardt'a. Результаты в отношении детей—хорошие. Что же касается матерей, то Ненгард отмечает некоторые отрицательные стороны: 1) более обильная потеря крови, почему он рекомендует женщинам, перенесшим когда-либо атоническое кровотечение, не подвергаться обезболиванию; 2) возбуждение, наступающее под влиянием наркоза, часто требует особого персонала и в значительной степени затрудняет защиту промежности. Все же Ненгард считает, что Durchtrittsnarcose безусловно целесообразен и имеет практическое значение, т. к., пользуясь этим методом, мы в состоянии достигнуть обезболивания наиболее мучительного момента родов—прорезывания головки.

Kuhl применял Durchtrittsnarcose, пользуясь для этой цели этилхлоридом, в течение последних 2-х лет в 600 случаях. Наркоз начинался у первородящих по каплям. Когда скуловые кости ощущались под промежностью, то обычно выведение головки сопровождалось помощью акушера. Особенно хорошие результаты достигаются, если предварительно рождение в периоде изгнания всыпать морфия 0,1—0,15 куб. см. Наступающая при этом слабость схваток легко устраняется препаратами питуитрина. У повторнородящих наркоз достигается гораздо легче, причем выведение головки особых затруднений не представляет. Ни для матерей, ни для плодов не отмечалось вредных последствий. Точно также не наблюдалось усиления кровопотери, на что особенно указывает Ненгард. К сожалению, в работе Kuhl'a не отмечено: 1) сколько уходило наркотического вещества, 2) как долго продолжался наркоз и, наконец,

3) состояние роженицы в наркозе и после него. Вот почему по работе Кунд'я трудно сделать заключение о целесообразности замены хлороформа этилхлоридом.

Нами Durchtrittsnarcose был проверен в 80 случаях, из них на первородящих—в 51 сл. и на повторнородящих—в 29 сл. В отношении методики мы придерживались схемы, предложенной Labhard't'ом. Наркоз начинался с момента врезывания у первобеременных. У повторнобеременных с момента выпячивания промежности или зияния вульвы, ибо, если и у повторнобеременных начинать наркоз с момента врезывания головки, то эффект будет слишком кратковременным. Хлороформа давалось не больше, чем 7—7½ гр. в час. Длительность наркоза у первобеременных—от 25 мин. до 1 ч. 40 м., у повторнобеременных—от 10 м. до 40 мин. Здесь весьма интересно подчеркнуть, что некоторые роженицы засыпали буквально после первых же 20—30 капель хлороформа. Объяснение этому факту необходимо искать в биологическом средстве наркотиков к липоидам вообще. Наблюдающиеся во время беременности гиперлипидемия и холестеринемия благоприятствуют наступлению этого сравнительно быстрого и легкого наркотизирующего эффекта (Kehrer).

В отношении новорожденных следует подчеркнуть абсолютную безопасность этого метода, ибо во всех наших случаях дети рождались без каких-либо явлений асфиксии, причем последующее наблюдение за детьми показало, что дальнейшее развитие их протекает совершенно нормально. Такое хорошее состояние детей объясняется, возможно, более тщательным наблюдением за сердцебиениями плода, чем при обычных родах (Siegel). Aschoff объясняет меньшую смертность детей, рождающихся под наркозом, уменьшением частоты преждевременных дыхательных движений, благодаря угнетающему действию наркоза на дыхательный центр.

Что касается матерей, то для последних Durchtrittsnarcose, несомненно, является весьма ценным методом, ибо роженицы не только не испытывают болей, но наркоз вызывал еще весьма стойкую амнезию, так что у больных совершенно не оставалось так называемых „островов воспоминаний“ о перенесенных болях. Потуги, хотя и становились иногда несколько реже (паузы удлинялись на 2—3 м.), зато они бывали более длительными и интенсивными. Лишь в 2-х случаях, вследствие резкого ослабления потужной деятельности—как следствие либо наркоза, либо вторичной слабости родовой деятельности (роды длились больше 24 час.), пришлось прибегнуть к впрыскиванию питуитрина, после чего роды очень быстро закончились. Точно также нам не удалось установить особого влияния Durchtrittsnarcose на степень кровопотерь. Даже в тех случаях, где в анамнезе рожениц были указания на значительные кровопотери при предшествовавших родах, мы не наблюдали кровопотерь, выходящих за пределы нормы.

Совершенно правильно замечание Neugard'a, что этот метод вызывает потребность в добавочном персонале. Нам также приходилось прибегать к вспомогательному персоналу, ибо под влиянием возбуждения некоторые роженицы становились резко беспокойными. Из наших 80 рожениц—8 первобеременных и 3 повторнобеременных нуждались в доба-

ночном персонале. Разрывы промежности наблюдались два раза у первородящих, что составляет 2,5⁰/о.

Особенно целесообразным оказался наркоз у рожениц с повышенной чувствительностью и психической лабильностью. Эти больные после первых 10—15 капель совершенно успокаивались и засыпали. С другой стороны, в отдельных случаях проявлялось и вредное действие хлороформа. У двух больных после первых капель наркоза появился резкий цианоз лица и падение сердечной деятельности, в виду чего наркоз был прекращен. В 3-х случаях—пришлось прекратить наркоз вследствие падения сердечной деятельности плода. Роды закончились нормально; дети родились в легкой асфиксии. Таким образом мы имели на 80 случаев 5 неудач, т. е. 6,2⁰/о.

В виду малочисленности наших наблюдений, мы пока воздерживаемся от окончательных выводов. Мы не можем также сказать, насколько наблюдавшиеся нами отдельные неудачи являются серьезным возражением против широкого применения метода Labhard's. Это покажут только дальнейшие наблюдения на более обширном материале. Тем не менее мы все же считаем этот метод весьма целесообразным и достойным массового применения. Он дает хорошее и вполне достаточное обезболивание, избавляя женщину от мучительных болей в самый чувствительный момент родового акта и не оказывая при этом вредного воздействия ни на мать, ни на плод. В этом основное достоинство метода.

Из Зугдидской уездной больницы (Грузия).

К вопросу о разрывах матки во время искусственного прерывания беременности.

Н. В. Антелава.

Вопрос о самопроизвольных разрывах матки при искусственном прерывании беременности заслуживает внимания и интереса как с казуистической стороны, так и с судебно-медицинской точки зрения.

Обыкновенно самопроизвольный разрыв матки наступает во время родов. Частота таких разрывов при родах выражается в следующих цифрах: 1 на 4000 (Jugiahn), 1 на 1318 (Smith), 1 на 2606 (Tat), 2 на 4466 (Кузьмина). При производстве же искусственного аборта нарушение целостности стенки матки и ее повреждение обычно наблюдается, как следствие инструментального вмешательства. Такое осложнение рассматривается, как перфорация матки. Насколько часто происходит это осложнение при производстве абортов, явствует из данных русских и зарубежных авторов, у которых процент перфорации матки равен 4—8 pro mille (Брауде, Якобсон, Петрова, Lausen, Strasman и друг.).

За последнее время производство абортов получило стихийно-широкое распространение, а в связи с этим и число перфораций еще больше увеличилось. Чтобы улучшить технику безопасности аборта, разные авторы стали предлагать различные способы и приемы для прерывания