

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

беременности. Несмотря на это, все же строго выработанных и общепризнанных безопасных методов для ликвидации беременности в любой ее срок еще не имеется, а пока их нет возможность перфорации и ее наступление не изжиты. Если во время производства аборта, вследствие недостатков техники и методики, может произойти перфорация матки, то бывают и такие случаи, где при соблюдении всех мер предосторожности может наступить самопроизвольный разрыв матки. Случаев самопроизвольного разрыва матки во время производства аборта в литературе описано немного.

Установить частоту их представляется трудным, т. к. они попадают в общее число перфораций матки. Часто разрывы матки диагностируются, как перфорации, и включаются в число последних. Поэтому разбор случая, который наблюдался в нашей больнице, не лишен интереса и практического значения.

7/IV 1929 г., поздно вечером, я был вызван на квартиру одного врача. Придя к нему, я застал на кровати мертвенно-бледную больную, которая корчилась от болей и стонала. Пригласивший меня врач передал следующее: 3 дня тому назад к нему на частный амбулаторный прием пришла больная с жалобой на кровотечение из полости матки, которое уже несколько месяцев периодически повторялось. Больная три месяца перед тем обратилась к другому врачу для производства аборта. Тот ей сделал выскабливание. Первое время после выскабливания больная чувствовала себя прилично, но затем пошли крови, которые, как было раньше отмечено, периодически все время показывались. По временам кровотечение из матки было настолько сильно, что из влагалища выпадали целые сгустки крови.

Врач при осмотре нашел следующее: больная среднего роста, правильного сложения и умеренного питания. Видимые слизистые оболочки и кожа бледны. Легкие — нормальны. Тоны сердца — глухие, пульс 100, малого наполнения. Матка выходит из полости малого таза и увеличена до размеров 5-ти месячной беременности. Влагалище заполнено сгустками крови. Шейка разрыхлена. Зев раскрыт, свободно пропускает один палец. Своды свободны. Врач, определив беременность, сопровождающуюся кровотечением, предложил больной искусственно прервать ее. Больная согласилась. Ей была сделана 2 раза тампонация шейки матки, на которую последняя очень вяло реагировала. Во время третьей тампонации шейки предварительно была расширена Негар'овскими расширителями. Спустя несколько минут после последней тампонации, больная почувствовала резкую схваткообразную боль внизу живота, ей стало душно и она потеряла сознание. В таком состоянии я и застал больную.

При исследовании мне удалось обнаружить следующее:

Больная вся бледная, конечности холодные, лицо осунувшееся. Пульс слабого наполнения, ускоренный (110 в минуту). Больная вяло реагирует на вопросы. При бимануальном исследовании во влагалище найден тампон, который ведет в полость матки. Тампон удален. Шейка раскрыта, из полости матки кровь выделяется в незначительном количестве. Дойти до дна матки сверху рукой не представляется возможным, т. к. брюшные покровы сильно болезненны и напряжены. Из расспросов родных больной удалось выяснить, что больная за последнее время сильно похудела, ослабела и потеряла много крови. Кровотечение у нее бывало и раньше после производства аборта, поэтому на этот раз она не сразу обратилась к врачебной помощи. Раньше ей сделано было 5 раз выскабливание по поводу беременности.

На основании анамнеза, расспроса родных, данных объективного исследования и общего состояния больной можно было предположить, что имеется перфорация матки и, как следствие ее, внутреннее кровотечение. Однако, врач, производивший манипуляции в последний раз, был опытным гинекологом и к тому же он категорически отрицал какое-либо инструментальное вмешательство. Так как характер пульса за все время не изменился, то было решено с оперативным вмешательством подождать до утра. В тот момент у нас, врачей, мысль о самопроизвольном разрыве матки не возникала. Больная была переведена в больницу. Ей были назначены средства для поднятия сердечной деятельности. На следующее

утро положение больной немного улучшилось, но признаки внутреннего кровотечения стали очевидными. Больная была взята на операционный стол.

Под эфирным наркозом разрез по средней линии. По вскрытии брюшной полости малого таза найдена заполненной сгустками крови. В правой подвздошной области над кишками находилось целое плодное яйцо, внутри которого плавал плод возрастом около пяти месяцев. При осмотре матки обнаружен разрыв, идущий от одного угла матки до другого, с неровными краями. Мышца матки дряблая беловатого цвета, очень напоминала сваренное мясо. Плодное яйцо удалено. Матка зашита в два ряда и линия шва перитонизирована. Швы на брюшную стенку и кожу. К концу операции, пульс у больной стал постепенно слабеть и, несмотря на все принятые меры, больная погибла от острого упадка сердечной деятельности.

Таким образом при операции выяснилось, что 1) произошел разрыв матки, причем плодное яйцо целиком оказалось выброшенным в свободную брюшную полость и 2) стенка матки была патологически изменена.

Механизм разрыва матки в данном случае можно представить следующим образом. Мышца матки в нашем случае оказалась патологически измененной. Она потеряла эластичность и упругость. Консистенцию стенки такой матки O'rlhman сравнивает с консистенцией сливочного масла, Graser же — гусиного сала. В нашем случае мышца матки была похожа на сваренное мясо. Клинически изменения миометрия выразились при этом в вялой реакции матки на первые две тампонации. Третья же тампонация, которой предшествовало расширение матки, вызвала схватки. Но т. к. существовало известное механическое препятствие в виде тампона в шейке, то матка в один из моментов схватки разорвалась на месте наименьшего сопротивления.

Такое повреждение стенки матки, которое наблюдается без одностороннего растяжения стенки и без предвестников, Випп определяет, как „лопанье“ матки. Schröder разрыв дна матки ставит в связь с ненормальным растяжением части стенки ее между маточными концами Фаллопиевых труб, в особенности, если в этом месте прикреплялась плацента. По мнению Александра, если при предыдущих беременностях вместо места приращения плаценты, то в этом сегменте матки происходит развитие соединительной ткани, которая в дальнейшем может обусловить разрыв матки. К числу способствующих разрыву моментов нужно отнести также сильные и частые сокращения матки, которые увеличивают опасность разрыва вследствие внезапного повышения внутриматочного давления (Smohl).

Итак, в нашем случае изменения маточной стенки не могут быть рассматриваемы, как единственный этиологический момент для наступления разрыва. Они являются скорее одним из составляющих компонентов. Изменения миометрия вызывают предрасположение к разрыву, сам же разрыв обуславливается факторами, происходящими извне. К последним нужно отнести имевшие место в нашем случае акт расширения шейки, ее тампонация, а также наступление схваток.

В вопросе о предупреждении самопроизвольных разрывов матки при беременности свыше 3-х месяцев, консервативные методы прерывания беременности постепенно уступают свои позиции хирургическим методам. К последним относится малое кесарское сечение. Статистические данные многих акушерско-гинекологических клиник за последнее время доказывают преимущество влагалищного и брюшно-стеночного кесарского сечения перед консервативными методами производства аборта.

Наш случай интересен не только с клинической стороны. Он заслуживает внимания и с судебно-медицинской точки зрения. В условиях участковой работы врачу много приходится пережить при наступлении такого разрыва. Ему часто в подобных случаях инкриминируется производство прободения матки инструментами, в то время как в действительности разрыв матки происходит вне действия и воли оператора, в силу изменений, происходящих в самих тканях матки. Наш случай оказался одним из тех, когда самопроизвольный разрыв матки, повидимому, нельзя поставить в вину оперирующему врачу. Наличие указанных выше изменений мускулатуры матки сделали возможным наступление этого грозного осложнения. При таких изменениях даже незначительное вмешательство в виде расширения шейки и ее тампонации является достаточным, чтобы произошел разрыв стенки матки. Заранее предугадать и предусмотреть наступление разрыва бывает невозможно.

Амбулаторный аборт.

Д-ра мед. **А. М. Холодковского** (Новоросвийск).

В литературе уже имеется Gellert'овский способ амбулаторного лечения выкидыша. У проф. W. Lahm имеются указания на работы Heimann'a и Arndt'a, разъясняющие способ Gellert'a. Стало быть я не буду одиноким в своем стремлении выяснить вопрос об амбулаторном аборте, сказать о нем то, к чему я пришел путем многолетней работы и наблюдения.

Когда на 2-м Съезде о-ва Рос. акуш. и гинек. я выступил с докладом „О раннем вставании после больших брюшных операций“ и на ту же тему сделал доклад д-р Казанский, Съезд вынес определенную резолюцию: „с судебно-медицинской точки зрения раннее вставание следует считать за научно обоснованную систему ухода за оперированными“. Таковая система проведена мною через тысячи чревосечений, и польза ее для меня несомненна. В этой же плоскости должен, по-моему, стоять и вопрос о раннем вставании после родов, которое проводится мною в жизнь уже более 15 лет, и я не сомневаюсь, что изменение послеродового режима в сторону активного движения необходимо. Активная работа мышечной системы, несомненно, способствует более быстрому восстановлению сил родильницы и более быстрому вывозу накопившихся во время беременности и непущих более тканевых элементов. Инволюция всего организма идет более правильно при движении, чем при покое, каковой нужен лишь тогда, когда произошла инфекция, когда имеется воспалительный очаг.

Теперь я перехожу к вопросу о раннем вставании после операции аборта.

Не сознательно, но вынужденно я пользовался этим режимом уже давно — более 30 лет. Это были юные годы моей врачебной деятельности, когда я был участковым земским врачом. На 110 тысяч жителей моего участка, где я был единственным врачом, в моем распоряжении была лечебница на 15 кроватей. И вот тогда еще я производил много операций амбулаторно в лечебнице или в хатах. В хатах мною произво-