

# КАЗУИСТИКА.

## VIII.

*Изъ акушерско-гинекологической клиники проф. Н. В. Ястребова въ Варшавѣ.*

### СЛУЧАЙ КОНСЕРВАТИВНАГО КЕСАРСКАГО СЪЧЕНІЯ ПРИ АБСОЛЮТНОМЪ СЪУЖЕНІИ ТАЗА.

И. И. Федорова.

Приводимый нами случай кесарскаго сѣченія, помимо казуистическаго интереса, заслуживаетъ вниманія въ 2-хъ отношеніяхъ: 1) въ отношеніи деформаціи таза, какъ результатъ двусторонняго коксита съ послѣдовательнымъ анкилозомъ тазобедренныхъ и колѣнныхъ суставовъ (полный анкилозъ правой конечности и неполный лѣвой), и 2) въ отношеніи вопроса о значеніи антисептики въ примѣненіи ея при кесарскомъ сеченіи, производимомъ какъ *ultimum refugium* въ запущенныхъ случаяхъ родовъ.

Р. Н — нѣ, жена мѣховщика, еврейка, 20 лѣтъ отъ роду, I-рага доставлена въ клинику 17 января 1890 года, въ 11 ч. веч., на 3 сутки родовъ.

Н — нѣ весьма малокровна, подкожной жировой ткани небольшое количество, железы увеличены; позвоночникъ въ поясничной части нѣсколько искривленъ влѣво, больная не можетъ принять вертикальнаго положенія и ходить на корточкахъ, прихрамывая на правую ногу.

Правая конечность представляется согнутою въ колѣнѣ подѣ прямымъ угломъ, пригнута къ животу и повернута внутрь, при чемъ подвижность въ тазобедренномъ и колѣнномъ сочлененіяхъ отсутствуютъ совершенно. Что же касается лѣвой ноги, то послѣдняя хотя также находится въ полусогнутомъ состояніи, но болѣе подвижна, что даетъ возможность достигнуть весьма незначительнаго раздвиганія бедеръ. Правая нога короче лѣвой. Наклоненіе таза при горизонтальномъ на спинѣ положеніи больной выражено весьма рѣзко. Данное состояніе конечностей развилось на 8-мъ году жизни больной послѣ того, какъ она упала съ высоты и пролежала въ постели неподвижно 2 года, вслѣдствіе воспаленія обоихъ тазобедренныхъ суставовъ, съ образованіемъ нарыва и каріеса костей. И дѣйствительно на кожѣ, въ области того и другого тазобедреннаго сочлененія, находятся рубцовое перерожденіе ткани съ пигментациею и воронкообразно-лучистыми углубленіями въ ней, какъ послѣдствіе упомянутаго хроническаго процесса.

Первые регулы Н—нъ получила на 15 году, вторыя появились черезъ 4 недѣли, послѣ чего и установились правильно въ типѣ по 3 дня черезъ 4 недѣли; въ замужествѣ она съ 19 года. Настоящая беременность прошла безъ осложнений. При акушерскомъ изслѣдованіи найдена окружность живота = 63, 65 и 68 см.; размѣръ отъ лобка до пупка = 17; до меч. отр. = 36; высота дна матки надъ лобкомъ = 38; надъ пупкомъ = 18 см. Размѣры таза: Cr. il. = 20; Sp. il. = 23; Conj. ext. = 15,5; diag. = 7; C. V. = 5; заднія верхнія кости сильно выступаютъ, крестецъ вдвинуть между подвздошными костями.

Положеніе плода въ маткѣ продольное, спинка его обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка, подвижно расположенная надъ лѣвою лонною костью.

Внутреннее изслѣдованіе per vaginam въ обыкновенномъ положеніи больной на спинѣ весьма затруднительно, вслѣдствіе сильнаго наклоненія таза и невозможности развести бедра. Входъ во влагалище узкій, дуга лонная сжужена, прямой размѣръ выхода весьма укороченъ. Шейка матки изглажена, зѣвъ наружный пропускаетъ 4 пальца, плоднаго пузыря нѣтъ, головка плода едва достижается пальцемъ. Мысь весьма легко опредѣляется, крестцовая кость сильно выдается въ полость таза, въ области 3—4 позвонка она сильно искривлена и подѣ прямымъ угломъ соединена съ кончикомъ, который при этомъ крючкообразно загнуть кпереди. Форма тазоваго входа ассиме-

трическая, правая сторона его сильно уплощена. Такимъ образомъ, на основаніи вышеприведенныхъ данныхъ было діагноцировано осложненіе родовъ абсолютнымъ суженіемъ косо-суженнаго рахитико-коккальгического таза.

Что касается теченія родовъ до поступленія роженицы въ клинику, то легкія родовыя боли у нея появились 14-го января или 3 дня т. н., а воды отошли 17-го, въ 9 ч. вечера, при зѣвѣ открытомъ на 3 пальца. Въ теченіе родовъ больная находилась на попеченіи акушерки и нѣсколькихъ врачей, попеременно приглашавшихся для оказанія помощи, которые и посовѣтовали роднымъ ея отправить роженицу въ клинику для операціи кесарскаго сѣченія.

Общее состояніе по прибытіи ея въ клинику было слѣдующее—12 ч. ночи, 17 янв.: t-га 37,5; P=100—102; R=22; дѣятельность матки нѣсколько ослаблена, боли продолжительностію отъ 30" черезъ 3'—8'. Состояніе же плода довольно удовлетворительное; сердцебіеніе до 120 ударовъ въ 1'.

Принимая во вниманіе степень суженія таза и другія осложненія со стороны нижнихъ конечностей, а также согласіе роженицы и ея родственниковъ на производство кесарскаго сѣченія, мы рѣшили немедленно приступить къ этой операціи; причѣмъ были далеки отъ мысли считать условія, при которыхъ приступали къ абдоминальной секціи, вполне удовлетворяющими основнымъ требованіямъ, обезпечивающимъ успѣхъ ея для матери. Больная не только не была подготовлена для подобной операціи въ смыслѣ асептики ея родовыхъ путей, но скорѣе находилась въ обстановкѣ и условіяхъ, способствовавшихъ ея зараженію. Мы даже были склонны допускать наличность данной инфекціи, выразившейся въ увеличенномъ пульсѣ и нѣсколько приподнятой t-рѣ, по крайней мѣрѣ, для ночныхъ часовъ. А потому, если и рѣшались на операцію кесарскаго сѣченія, то лишь въ виду абсолютнаго показанія со стороны таза и желанія родственниковъ имѣть живаго ребенка, при этомъ до нѣкоторой степени не упускалась изъ виду и возможность, при помощи строго примѣненной антисептики, устранить или предупредить опасность развитія инфекціи со стороны родовыхъ путей, еслибы послѣдняя являлась незначительно выраженной. Съ послѣднею цѣлію больная дважды была вымыта въ мыльной теплой ваннѣ, половыя наружныя части и влагалище нѣсколько разъ промыты растворомъ сулемы 1 : 3000, лобокъ

обрить и кишечникъ — нижній отдѣлъ его — насколько возможно былъ очищенъ повторными клизмами.

Что касается инструментовъ и операціонной комнаты, то послѣднія были приготовлены обычнымъ способомъ, практикующимся въ клиникѣ проф. *Н. В. Ястребова* и описаннымъ уже не разъ.

Въ 2<sup>1/2</sup> ч. утра 18 янв. произведена была нами и операція. Но прежде чѣмъ приступить къ описанію послѣдней, мы остановимся на данныхъ объективнаго изслѣдованія захлороформированной, у которой анкилотическое состояніе нижнихъ конечностей до наркоза составляло значительное препятствіе не только для производства операціи *per vias naturales*, но и для простого изслѣдованія. Подъ наркозомъ подвижность конечностей если и улучшилось, то въ незначительной степени, и при томъ лишь въ отношеніи лѣвой ноги, которая при нѣкоторомъ усилии могла быть болѣе вытянута, разогнута въ колѣнномъ составѣ, правая же по прежнему оставалась согнутою и приведенною къ животу.

Такимъ образомъ и подъ хлороформнымъ наркозомъ, помимо суженія таза, операція родоразрѣшенія черезъ нормальныя пути представила бы крайнее затрудненіе въ виду стойкаго анкилоза суставовъ, — обстоятельство увеличивающее, такъ сказать, безусловность показанія къ кесарскому сѣченію.

Вскрытіе покрововъ живота, предварительно вымытыхъ мыломъ со щеткою и дезинфицированныхъ сулемою (1 : 3000), было произведено нами по средней линіи на протяженіи отъ пупка до лобка длиною около 12 см.; послѣ проникновенія въ полость брюшины, длина раны была увеличена на 10 см. Обнаженная такимъ образомъ матка была выведена наружу, уложена на теплый компрессъ, который въ то же время закрывалъ брюшную полость и защищалъ внутренности отъ выпаденія. Ниже предлежащей части плода, на маточную шейку наложенъ былъ эластическій жгутъ и полость матки вскрыта по средней линіи; дѣтское мѣсто прикрѣплялось на передней поверхности органа. Послѣ отдѣленія съ одной стороны плаценты, прорваны оболочка и ребенокъ былъ извлеченъ за ягодицы живымъ. Дѣтское мѣсто и оболочка легко отдѣлены, околоплодной жидкости не было совершенно. Слизистая оболочка (*decidua*) матки на всемъ протяженіи тѣла ея представлялась нормальною, тѣмъ не менѣе была очищена и напудрена *jodoform*'омъ, а на случай атоніи органа въ полости его

былъ оставленъ марлевый тампонъ. Въ дальнѣйшемъ было приступлено къ наложенію швовъ на матку. Моментъ этотъ былъ, впрочемъ, на нѣкоторое время прерванъ неприятнымъ инцидентомъ, происшедшимъ какъ съ оперированною, такъ и съ нѣкоторыми изъ врачей помощниковъ. Дѣло въ томъ, что въ присутствіи свѣтильнаго газа, которымъ освѣщалась операціонная комната, пары хлороформа приняли извѣстный удушливо-раздражающія свойства, вызвавшія у врача, хлороформовавшаго больную, назойливый капель и состояніе близкое къ обмороку, а у помощницы-акушерки обморокъ, что же касается самой оперируемой, то послѣдняя также начала сильно каплять и кромѣ того, у нея появилась рвота. Все это произвело временное замѣшательство, пока не были раскрыты окна и дверь для освѣженія воздуха, а персоналъ помощниковъ не оправился совершенно, чтобы продолжать операцію.

На маточную рану мы наложили швы изъ шелку въ три этажа: подслизисто-мышечный, мышечный и серозно-мышечный; всего 34 шва; послѣ этого сняли жгутъ и выждали нѣкоторое время, пока матка не пришла къ нормальному своему послѣродовому состоянію, т. е. пока она не сократилась, ради чего пришлось, удаливъ тампонъ, прибѣгнуть къ возбуждающимъ средствамъ, какъ массажъ, ирригація горячимъ растворомъ сулемы 1 : 3000 и введеніе подъ кожу эрготина около 2 гран.

Брюшная рана была закрыта 10 глубокими и 8 поверхностными швами; повязка наложена обыкновенная.

Операція окончена въ 3<sup>1/2</sup> ч. утра при температурѣ оперированной въ 36,5°; P—112 и R=25.

Теченіе послѣопераціоннаго періода выразились такъ:

Въ 8<sup>1/2</sup> ч. утра t=37,2; P=96; больная жалуется на боли внизу живота; мочи, выдѣленной при помощи катетера, 240 с.с., 1016 уд. в., кисл. реакціи.

Въ 2 ч. дня t=37,6, P=112; R=32; отдѣленія изъ влагалища кровянистыя въ умѣренномъ количествѣ; жалобы на боль въ крестцѣ и животъ усилились, безпокойство.

Въ 6 ч. вечера t=37,9; P=104, R=32; мочу отдала подѣ себя, отдѣленія изъ влагалища съ легкимъ неприятнымъ запахомъ, почему больной сдѣлана ирригація растворомъ сулемы 1 : 3000 во влагалище.

19 янв. въ 6 ч. утра t=37,3; P=96; R=32; ночь провела больная безпокойно, вздутія кишечника незамѣтно, рвоты и икоты не было, жалобы на боли въ животѣ и крестцѣ.

Въ 2 ч. дня,  $t=38,7$ ,  $P=120$ ;  $R=40$ ; безпокойство больной усилилось; вздутія кишечника нѣтъ, мочу отдаетъ подь себя; была однажды рвота.

Въ 4 ч. дня,  $t=39$ ;  $P=140$ , начало агоніи.

20 января въ 6 ч. больная умерла.

Ребенокъ—дѣвочка, 3,100 грм. вѣсомъ, правильно развитой, послѣ смерти матери былъ возвращенъ отцу.

*Результаты вскрытія* 21 января. Трупъ средняго роста, кожа блѣдная, подкожной жировой ткани небольшое количество, на кожѣ живота по l. alba линейный хирургическій разрѣзъ въ 22 см. длиною, совершенно чистый, швы лежатъ хорошо, клейка раны полная безъ мѣстной реакціи. Рубцовое перерожденіе кожи въ области обѣихъ тазобедренныхъ суставовъ, правая нога анкилозирована въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ, лѣвая полуподвижна. Внутренніе органы: сердце и легкія безъ измѣненій; печень нѣсколько увеличена и въ состояніи паренхиматознаго помутнѣнія, почки и селезенка нормальны; кишки умѣренно вздуты, брюшной покровъ ихъ слабо инъецированъ, въ тазовой полости около унціи мутновато-красной жидкости. Матка хорошо сокращена, свободна отъ сращеній съ сосѣдними органами; на передней ея поверхности находится линейная хирургическая рана со швами, послѣднія удерживаютъ края раны плотно, никакой патологической реакціи въ окружности и на протяженіи раны нѣтъ, клейка совершенно полная. Послѣ вскрытія полости матки, слизистая оболочка тѣла чиста, въ области внутренняго зѣва поверхностный надрывъ ткани, проникающій въ мышечный слой, слизистая оболочка шейки мѣстами покрыта дифтеритическимъ налетомъ, болѣе толстый слой его находится при наружномъ зѣвѣ. Широкія связки нѣсколько отечны въ нижнихъ своихъ частяхъ. Яичники и трубы нормальны.

Микроскопически при поперечномъ разрѣзѣ матки черезъ всю толщю ея въ области прижизненной раны представляется полная клейка послѣдней, такъ что съ трудомъ опредѣляется мѣсто соединенія краевъ ткани.

Что касается размѣровъ таза, то: C. v. anat. = 5,5; C. v. acusch. = 5,0; diam. tr. = 13,7; diam. obl. sin. = 11; diam. obl. d. = 14; Sp. il. = 23,5; Cr. il. = 20; C. exitus p. = 5,7; dist. tuber. = 8,0. Копчикъ почти подь прямымъ угломъ изогнутъ и крючкообразно загнутъ кпереди.

Микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ, взятыхъ на

мѣстѣ разрѣза матки, показало, что въ области мышечнаго слоя и deciduae было настолько плотное соприкосновеніе частей, что опредѣлить линію разрѣза было довольно трудно, лишь въ нѣкоторыхъ пунктахъ находилось скопленіе эмигрирующихъ тѣлецъ; что же касается брюшиннаго покрова, то здѣсь въ области соприкосновенія пластинокъ послѣдняго другъ съ другомъ можно было видѣть болѣе или менѣе толстый слой продуктовъ реактивнаго воспаленія въ формѣ мелкоклѣтчатой инфильтраціи рядомъ съ элементами крови.

Въ общемъ картина разрѣза давала впечатлѣніе стойкаго уже сращенія, при чемъ разъединенія краевъ не получалось даже при обработкѣ тонкихъ срѣзковъ препарата.

На основаніи даннаго случая можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Даже строго проведенная антисептика родового канала не можетъ служить ручательствомъ за благопріятный исходъ кесарскаго сѣченія, коль скоро послѣднее производится въ силу необходимости на больныхъ, не подготовленныхъ къ тому ранѣе, и, что особенно важно, на больныхъ, родовыя мягкія части которыхъ подверглись уже вслѣдствіе извѣстныхъ травматическихъ инсультовъ отъ продолжительности родового акта довольно стойкимъ измѣненіямъ въ смыслѣ пониженной сопротивляемости или ослабленія жизненной энергіи тканевыхъ элементовъ.

Положеніе *Zweifel*'я, что исходы кесарскаго сѣченія до тѣхъ поръ будутъ неудовлетворительны (при существующей организаціи акушерской помощи, конечно), пока наука не получитъ въ свое распоряженіе средства дезинфицировать основательно и ткани, нарушенныя и траумую, это положеніе подтверждается и нашимъ случаемъ и должно быть положено въ основаніе ученія о кесарскомъ сѣченіи при запущенныхъ родахъ.

2) Дифтеритическій налетъ въ области цервикальнаго канала и по преимуществу въ области наружнаго зѣва при относительно ничтожныхъ явленіяхъ локализациі септического процесса въ другихъ тазовыхъ органахъ и въ брюшинѣ указываетъ на акушерское изслѣдованіе во время родовъ, какъ на первоисточникъ зараженія. Если же подобные случаи при родоразрѣшеніи путемъ *embryotomiae* часто протекаютъ въ послѣродовомъ періодѣ съ благополучнымъ исходомъ, то нужно допустить здѣсь возможность болѣе тщательнаго дезинфициро-

ванія тканей *per vias naturales* часто подь контролемъ зрѣнія и т. п. Быть можетъ болѣе активное вмѣшательство въ смыслѣ изслѣдованія зеркалами принесло бы благоприятные результаты и для тѣхъ оперированныхъ, которыя подвергаются абдоминальной секціи въ подозрительномъ состояніи. Въ нашемъ случаѣ, въ виду осложненій *coxitis*, произвести основательное съ зеркалами дезинфицированіе родовыхъ путей не представлялось никакой возможности.

3) Наложеніе провизорнаго жгута на матку передь вскрытіемъ ея полости, повидимому, дѣйствительно способствуетъ атоніи органа; у насъ расслабленіе органа потребовало энергическихъ приемовъ для возбужденія его сократительности.

4) Наложеніе шва на матку послѣ кесарскаго сѣченія хотя бы матеріаль для послѣдняго 'былъ, какъ въ нашемъ случаѣ, изъ сулемованнаго шелку, вполне можетъ обезпечивать успѣхъ полного сращенія краевъ раны даже *per gestam intermediam*.