

ЖУРНАЛЪ  
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,  
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.  
ГОДЪ ОДИННАДЦАТЫЙ.

МАЙ 1897, № 5.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Къ ученію о задержаніи и приращеніи послѣда <sup>1)</sup>.

В. Н. Массена.

(Съ таблицами рисунковъ).

Роды представляютъ собою чистый фізіологическій актъ, который природа въ громадномъ большинствѣ случаевъ доводитъ до конца своими собственными силами. Роль акушера должна заключаться лишь въ наблюденіи за мудрыми дѣйствіями природы, да изрѣдка въ пособіи ей въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роды принимаютъ неестественное теченіе, угрожающее жизни матери или плода. Помощь наша, направленная къ сохраненію этихъ обѣихъ жизней, должна быть строго обоснованной, глубоко обдуманной, рѣшительной и быстрой. Кажется нигдѣ такъ не умѣстно классическое наставленіе: «*priusquam incipias consulto et ubi consulueris,—maturo facto opus est*».

Къ сожалѣнію, въ области практическаго акушерства существуетъ еще большой просторъ для субъективности и какъ часто мы видимъ что *quod capita-tot sensus!* Всякій, конечно, имѣетъ возможность тѣмъ или инымъ путемъ «кончить роды». Но уловить время, когда наступаетъ необходимость этого

<sup>1)</sup> Докладъ Акушерско-Гинекологическому Обществу въ Спб., въ апрѣлѣ 1896 года, дополненный новѣйшими данными.

искусственного окончанія, дается далеко не каждому. Для этого потребно долготѣе, усердное наблюдение за естественной родоразрѣшительной работой природы и уклоненіями въ этой работѣ. Такое положеніе дѣла ведетъ къ тому, что до сихъ поръ среди акушеровъ царствуетъ, если можно такъ выразиться, большой произволъ въ смыслѣ установки показаній къ примѣненію той или иной изъ акушерскихъ операций, того или иного акушерскаго руководствія. Возьмемъ для примѣра одну изъ самыхъ частыхъ акушерскихъ операций: applicatio forcipis. Мы видимъ, что въ то время какъ по статистикѣ *Braun'a* въ вѣнской клиникѣ проф. *Braun'a* въ Allgemeines Krankenhaus въ 1894 году на 3088 родовъ щипцы были наложены 104 раза (что составляетъ 3,36<sup>0</sup>/о), въ томъ же самомъ зданіи Allgemeines Krankenhaus въ сосѣдней клиникѣ *Schauta* на 12525 родовъ было наложено 274 типическихъ и 32 атипическихъ щипцовъ, что даетъ всего 2,44<sup>0</sup>/о (2,18<sup>0</sup>/о для типическихъ и 0,25<sup>0</sup>/о для атипическихъ щипцовъ). Беря русскіе статистическія данныя мы видимъ почти тоже самое. Количество родовъ оконченныхъ щипцами существенно различно въ различныхъ учрежденіяхъ. Возьмемъ на выдержку нѣсколько цифръ.

Клиника проф. *Славянского*.

а) 1877—1884 ( <i>Алафоновъ</i> ) . . . . .	1,6 <sup>0</sup> /о
б) 1884—1891 ( <i>Ворфъ</i> ) . . . . .	2,8 <sup>0</sup> /о
в) 1891—1893 ( <i>Пузи</i> ). . . . .	2,5 <sup>0</sup> /о

Клиника проф. *Лебедева*.

а) 1874—188 <sup>5</sup> / <sub>6</sub> ( <i>Парышевъ</i> ) . . . . .	4,9 <sup>0</sup> /о и 3,5 <sup>0</sup> /о (для 188 <sup>4</sup> / <sub>5</sub> —188 <sup>5</sup> / <sub>6</sub> )
б) 1886—1892 ( <i>Знаменскій</i> ) . . . . .	3,1 <sup>0</sup> /о

Маринскій Род. Домъ въ С.-Петербургѣ.

а) 1870—1881 ( <i>Шмидтъ</i> ) . . . . .	3,9 <sup>0</sup> /о
б) 1881—1891 ( <i>Онъ же</i> ) . . . . .	3,8 <sup>0</sup> /о

Клиника проф. *Феноменова* въ Казани.

а) 1876 по 1887 ( <i>Столытинскій</i> ). . . . .	3,1 <sup>0</sup> /о
б) 1887 по 1893 ( <i>Вознесенскій</i> ) . . . . .	8 <sup>0</sup> /о

Лихачевское Отдѣленіе Казанской Зем. больн. (*Львовъ*):

а) 1891—92 . . . . .	3,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
б) 1892—93 . . . . .	3,57 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
в) 1893—94 . . . . .	4,5
г) 1894—95 . . . . .	4,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
д) 1895—96 . . . . .	2,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Клиника проф. *Рейна* въ Кіевѣ:

1893—1894 (*Абуладзе*) . . . . . 3,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

## Надеждинское Родовсп. Заведеніе (Спб.).

1886 по 1892 . . . . . 3,02<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

## Московское Родовсп. Заведеніе.

1886 — 1892 г. . . . .	2,07 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	(1893 щипцовъ на 91369 родовъ)
1886 по 1892 г. . . . .	2,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	(842 „ на 32753 родовъ)

## Гаваньскій Род. Пріютъ.

14 ноября 1889 по 18 апр. 1896 . . . . . 2,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

Итакъ мы видимъ, что въ то время какъ въ одной русской клиникѣ (*Славянскаго*) <sup>0</sup>/<sub>0</sub> наложенія щипцовъ колеблется 1,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> до 2,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, въ сосѣдней (*Лебедева*) онъ достигаетъ почти 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (4,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); далѣе, въ то время, какъ въ клиникѣ проф. *Феноменова* (по послѣднему отчету съ 1887 по 1893 г.) щипцы накладываются въ 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, въ той же Казани, въ земскомъ родильномъ домѣ они за послѣдній отчетный годъ (1895—1896) накладываются всего въ 2,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Количества случаевъ примѣненій щипцовъ въ двухъ большихъ родильныхъ домахъ (Надеждинскомъ и Московскомъ) значительно разнятся между собою (3,02<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и 2,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Въ Гаваньскомъ пріютѣ примѣняются всего въ 2,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всѣхъ случаевъ, а въ сходномъ съ нимъ по дѣятельности Маріинскомъ родильномъ домѣ въ 3,9—3,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Если даже мы отнесемъ извѣстную часть случаевъ накладыванія щипцовъ на такъ называемые учебные щипцы, (которые, кстати сказать, мы лично считаемъ не совмѣстимыми съ гуманнѣйшими обязанностями врача подающаго акушерскую помощь), то во всякомъ случаѣ это не объяснить намъ въ

достаточной мѣрѣ большихъ колебаній въ количествѣ накладыванія щипцовъ въ различныхъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ. Не объясняетъ намъ также и существующій у нѣкоторыхъ акушеровъ взглядъ на щипцы, по которому вопреки статистикѣ (напр., *Schauta*) щипцы должны быть признаны инструментомъ безопаснымъ для жизни матери и плода и самая операція не считается кровавой.

Таже разница въ частотѣ примѣненія наблюдается и относительно различныхъ другихъ акушерскихъ операцій. Въ то время, какъ на 113552 родовъ *Михайловъ* опредѣлилъ 0/о перфорациі головки плода въ 0,380/о или 1 операція встрѣчается на 262 родовъ, въ Гаваньскомъ родильномъ приютѣ эта операція на 4 тысячи родовъ была произведена всего 3 раза, во всѣхъ случаяхъ на мертвомъ плодѣ, что составляетъ, 0,0750/о. Лonosѣченіе, встрѣчающее себѣ горячихъ поклонниковъ по преимуществу въ Италіи и Франціи, примѣняется тамъ при относительномъ суженіи таза въ громадномъ числѣ случаевъ; эта же операція или совершенно не производится или лишь въ рѣдкихъ случаяхъ акушерами германскими, а въ особенности русскими, предпочитающими при сказанныхъ суженіяхъ таза менѣе рискованный для жизни матери и плода родоразрѣшающій способъ дѣйствія (кесарское сѣченіе, профилактическій поворотъ, щипцы и пр.).

Если мы теперь оставимъ въ сторонѣ крупныя акушерскія операціи, показанія къ которымъ несомнѣнно долго еще будутъ давать обильную пищу для научныхъ споровъ и вспомнимъ нашу ежедневную акушерскую службу у постели нормальной роженицы и родильницы, то увидимъ, что цѣлый рядъ вопросовъ относительно мѣропріятій нашихъ въ уходѣ за ними, встрѣчаетъ самую разнообразную оцѣнку, толкованіе и разрѣшеніе. Сюда принадлежитъ, напр., вопросъ о мѣрахъ къ наилучшему сохраненію промежности во время родовъ, о способахъ зашиванія свѣжихъ ея разрывовъ равно какъ и несросшихся разрывовъ промежности въ родильномъ періодѣ, о примѣненіи способа выжиманія плода, о веденіи послѣдоваго періода, о значеніи спорыньи въ послѣродовомъ періодѣ, о времени вставанія родильницы съ постели, объ уходѣ за пуповиннымъ остаткомъ, о кормленіи родильницы и пр. и пр.



Въ каждомъ вопросѣ много разногласій, но мнѣ кажется, что однимъ изъ наиболѣе существенныхъ вопросовъ, относящихся, собственно говоря, къ области нормальнаго акушерства, слѣдуетъ считать вопросъ о веденіи послѣдоваго періода, т. е. 3-го срока родовъ.

### І. Часть клиническая.

Съ тѣхъ поръ какъ *Credé* въ 1860 году опубликовалъ свой способъ веденія послѣдоваго періода, заключающійся въ насильственномъ изгнаніи послѣда находящагося еще въ полости матки, способъ этотъ былъ всюду введенъ въ практику и получилъ систематическое примѣненіе у постели роженицъ. Этому способу обязана своимъ здоровьемъ, и даже жизнью, ни одна сотня человѣческихъ жизней. Несмотря на появленіе въ практикѣ выжидательнаго способа *Ahlfeld*'а, способъ *Credé* и до сихъ поръ примѣняется во многихъ мѣстахъ, если не при всякихъ родахъ въ своей чистой формѣ, то во всякомъ случаѣ въ видѣ надавливанія на уже сокращенную матку для изгнанія изъ нея послѣда, большею частью уже находящагося ниже кольца сокращенія. Не касаясь въ настоящую минуту въ подробностяхъ сравнительной оцѣнки въ клиническомъ отношеніи обихъ способовъ веденія 3 срока родовъ, т. е. способа *Credé* и способа *Ahlfeld*'а, я позволю себѣ лишь указать на то, что по общимъ отзывамъ при веденіи послѣдоваго періода по *Credé* получается *sub partu* меньше кровопотери, чѣмъ при способѣ *Ahlfeld*'а, но за то большія атоническія кровотеченія при способѣ *Ahlfeld*'а наблюдаются очень рѣдко (*Schauta*). Кромѣ того по послѣднимъ наблюденіямъ одного изъ горячихъ защитниковъ способа *Credé*, *Pelzer*'а, веденіе послѣдоваго періода по *Credé* даетъ на 1,8% болѣе случаевъ задержаній послѣда, чѣмъ способъ *Ahlfeld*'а. Несомнѣнно также, что при неправильномъ веденіи способа *Credé* % задержаній оказывается уже значительно большимъ. И вотъ объ этихъ то послѣдствіяхъ неправильнаго веденія 3-го срока родовъ я и хочу поговорить. Но прежде всего позволю себѣ вкратцѣ напомнить о механикѣ отдѣленія и выдѣленія послѣда.

Согласно съ современными воззрѣніями отдѣленіе placentae отъ маточной стѣнки начинается въ то время, когда большая часть туловища плода уходитъ изъ матки, или, по крайней мѣрѣ, изъ дѣятельной ея части. Отдѣленіе placentae есть неизбежное послѣдствіе опорожненія матки и связанной съ ней ректракціи мышечной ткани матки вообще и мѣста прикрѣпленія placentae въ частности. Благодаря этой ректракціи, дѣтское мѣсто, оставаясь еще нѣкоторое время у стѣнки матки, получаетъ лишь складчатость, а края принимаютъ видъ валиковъ (*Schauta*). Пока плодъ еще находится въ маткѣ и внутри-маточное давленіе въ извѣстной степени уравнивается величину давленія со стороны сокращающейся матки — отдѣленіе послѣда въ истинномъ значеніи этого слова не происходитъ. И лишь вслѣдъ за рожденіемъ плода, при паденіи внутриматочнаго давленія, начинается фактическое отслаиванье дѣтскаго мѣста отъ стѣнокъ матки путемъ позади — послѣдоваго кровотоечения. Я не стану входить въ разборъ вопроса о томъ, какой способъ выдѣленія дѣтскаго мѣста, по *Schultze* ли, или по *Duncan*'у встрѣчается всего наичаще. Это завело бы меня въ сторону. Какъ мнѣ кажется, способъ выдѣленія послѣда зависитъ, во первыхъ, отъ того, гдѣ сидитъ послѣдъ, находится ли онъ у дна матки или на одной его стѣнокъ, 2) отъ того, какова плотность оболочекъ, 3) гдѣ произошелъ разрывъ этихъ оболочекъ, 4) отъ положенія тѣла роженицы и 5) отъ самаго положенія матки <sup>1)</sup>.

Что же касается теперь до того, когда при нормальныхъ условіяхъ послѣдъ надо считать отдѣлившимся отъ матки, то прежде всего сошлемся на русское изслѣдованіе д-ра *Даниловича*. Д-ръ *Даниловичъ* въ своей диссертациі: «Объ отдѣленіи и выдѣленіи послѣда» говоритъ, что на 52 наблюденныхъ имъ перворождавшихъ, въ 42 случаяхъ, т. е. болѣе чѣмъ въ

---

<sup>1)</sup> *Teuffel* въ своей статьѣ *Duncan oder Schultze* на основаніи 25 случаевъ выжидательнаго веденія послѣдоваго періода говоритъ, что при центральномъ разрывѣ оболочекъ послѣдъ выходитъ по *Schultze*; если же разрывъ произошелъ вблизи края послѣда, то выдѣленіе его происходитъ краемъ. Кромѣ того влияют различныя наружныя и внутреннія моменты, приращеніе дѣтскаго мѣста, короткость пуповины и пр. *Fehling* говоритъ, что по изслѣдованіямъ новѣйшаго времени, произведеннымъ въ Halle (*Ziegler*. Diss. 1895 г.), при немедленномъ отдѣленіи плода послѣдъ выходитъ въ  $\frac{4}{5}$  части случаевъ по *Duncan*'у. *Olshausen* тоже считаетъ способъ *Duncan*'а за наиболѣе частый.

80<sup>0</sup>/о, а у многоорождающихъ въ 72 случаяхъ изъ 90, т. е. ровно въ 80<sup>0</sup>/о, тотчасъ послѣ рожденія плода была найдена въ зѣвѣ часть дѣтскаго мѣста (край его), что говоритъ за то, что въ нормальныхъ случаяхъ съ послѣднею изгоняющею младенца потугой и совпадающимъ съ нею сильнымъ уменьшеніемъ въ объемѣ полости матки обыкновенно происходитъ полное отдѣленіе дѣтскаго мѣста отъ стѣнокъ матки. Еще ранѣе *Даниловича Lemser* (Дисс. Giessen.—1865) на основаніи своихъ 87 изслѣдованій (при чемъ авторъ изслѣдовалъ половиной руки) высказалъ положеніе, что предлежаніе въ зѣвѣ части дѣтскаго мѣста указываетъ на полное отдѣленіе послѣдняго. По изслѣдованіямъ *Schröder'a*, вводившаго въ полость матки руку тотчасъ послѣ рожденія плода, при первой послѣ рожденія плода схваткѣ плацента становится толще и ригиднѣе и образуется позади-послѣдовое кровотеченіе ведущее къ отдѣленію послѣда. *Curatulo*, повторившій опыты *Lemser'a* и *Schröder'a* соглашается относительно появленія плотности и ригидности послѣда при первой схваткѣ, но не раздѣляетъ взгляда *Schröder'a* на образованіе въ это время позади-послѣдовой кровяной опухоли.

Если бы мы къ результатамъ изслѣдованій *Даниловича*, а въ особенности *Lemser'a*, говорившимъ въ смыслѣ «полнаго» отдѣленія дѣтскаго мѣста *тотчасъ* за изгнаніемъ плода, не имѣли возможности примкнуть *toto animo*, то во всякомъ случаѣ эти изслѣдованія несомнѣнно говорятъ за то, что послѣдъ *вскорѣ* послѣ рожденія плода оказывается на значительномъ пространствѣ отдѣленнымъ отъ стѣнокъ матки. Для окончательнаго же изгнанія его изъ половыхъ путей потребно извѣстное время, по истеченіи котораго появляются энергичныя маточныя сокращенія и рефлекторно развивается дѣятельность брюшного прессы. Время потребное для изгнанія послѣда по наблюденіямъ *Даниловича*, т. е. средняя продолжительность послѣдоваго періода, представленнаго своему естественному теченію, равняется приблизительно 45 минутамъ, а въ границахъ отъ 5 мин. до 1 часа. Но такъ какъ по наблюденіямъ того же *Даниловича* первое послѣдовое маточное сокращеніе наступаетъ въ теченіи первыхъ 20 минутъ, то, по моему, слѣдуетъ допустить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ для выдѣленія дѣтскаго мѣста потребно значительное количество

маточныхъ сокращеній, прежде чѣмъ мѣсто будетъ изгнано маткой.

Съ другой же стороны на основаніи личныхъ наблюденій необходимо намъ допустить, что выдѣленіе послѣда можетъ происходить почти непосредственно послѣ рожденія плода до появленія какой нибудь маточной схватки. Въ этихъ случаяхъ изгнаніе послѣда происходитъ исключительно на счетъ работы брюшного пресса играющаго, по авторамъ, главную роль въ актѣ выдѣленія послѣда. Несомнѣнно, что это сокращеніе брюшного пресса и связанное съ нимъ повышеніе брюшного давленія можетъ происходить и особнякомъ не нуждаясь въ предварительномъ появленіи маточныхъ сокращеній, по крайней мѣрѣ такихъ, которыя доходили бы до сознанія роженницы и до осязанія изслѣдующей руки наблюдателя.

И такъ, если дѣтское мѣсто вскорѣ послѣ родовъ можетъ считаться въ большинствѣ случаевъ отдѣленнымъ отъ матки и затѣмъ силами природы (сокращеніе матки, работа брюшного пресса) изгоняется изъ половыхъ путей въ теченіи около часа времени въ среднемъ, то несомнѣнно, что при нормальномъ теченіи родовъ не представляется никакихъ основаній прибѣгать къ искусственной помощи для выдѣленія послѣда. Способъ *Credé*, по которому между прочимъ долѣе время вели послѣдовой періодъ въ Гаваньскомъ пріютѣ, примѣнялся 15 мин. спустя послѣ рожденія плода. Въ теченіи этого срока немногіе послѣды, если только матка не расширялась энергично рукой и не производились легкія надавливанія, выходили сами собой; приходилось прибѣгать къ энергичному способу выжиманія, при чемъ послѣдъ тотчасъ выскальзывалъ изъ матки. Отсутствие самостоятельнаго рожденія послѣда въ теченіи 15 мин. обыкновенно объясняютъ вялостью мускулатуры матки. Я же болѣе склоненъ думать, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ задержаніе послѣда зависѣло отъ примѣненія нецѣлесообразнаго раздраженія матки путемъ грубаго растиранія ея, благодаря чему получался столь часто наблюдаемый перехватъ и ущемленіе отдѣленнаго уже и частью уже выдѣлившагося послѣда въ области внутренняго зѣва матки. Сильнымъ давленіемъ на дно матки (по *Credé*) въ концѣ концовъ, конечно, протискивали послѣдъ черезъ сокращенный

маточный зѣвъ. Но было ли выгодно для роженицы подобное насиліе? Въ громадномъ большинствѣ оно, конечно, оказалось невыгоднымъ во многихъ отношеніяхъ. Въ особенности опаснымъ оказывалось выжиманіе по *Credé*, примѣненное по тѣмъ или инымъ соображеніямъ тотчасъ послѣ родовъ. Нетерпѣливое, современное и неумѣлое примѣненіе способа *Credé* влекло за собой задержаніе въ полости матки всего послѣда или частей его. И если задержаніе въ полости матки оболочекъ при современной анти-асептической обстановкѣ родовъ не представляется опаснымъ, то задержка частей дѣтскаго мѣста часто влечетъ за собой тяжелыя послѣдствія. Задержанный же послѣдъ безусловно требуетъ примѣненія операции *solutio placentae manualis*. Нѣсколько ниже мы увидимъ, что *solutio placentae manualis*, которое по большинству акушерскихъ отчетовъ примѣняется главнымъ образомъ при приращеніи дѣтскаго мѣста, на самомъ дѣлѣ примѣняется главнымъ образомъ при задержаніи послѣда, благодаря неправильному примѣненію способа *Credé* <sup>1)</sup>. При правильномъ же веденіи послѣдоваго періода, согласно съ данными физиологіи, операція ручнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста становится крайне рѣдкою.

Какое же веденіе послѣдоваго періода должно быть названо правильнымъ, соответствующимъ требованіямъ природы? Несомнѣнно такое, при которомъ наше грубое вмѣшательство въ дѣло природы было бы по возможности ограничено. Такой способъ, способъ *Ahlfeld*'а, «выжидательный» способъ или, какъ его называютъ, физиологическій способъ, болѣе всего подходитъ къ этой цѣли, если въ немъ ввести ограниченія въ длительности ожиданія рожденія послѣда.

Въ Гаваньскомъ Родильномъ приютѣ, какъ мы уже говорили, долгое время примѣнялся способъ *Credé*. Тотчасъ послѣ рожденія плода матка почти постоянно растиралась рукою и по истеченіи 15 мин. послѣ рожденія плода, а если было кровотеченіе, то и много раньше, производилось выжиманіе послѣда. Не смотря на осторожное выведеніе его изъ влага-

<sup>1)</sup> Терминъ „*solutio placentae*“ въ случаяхъ задержки дѣтскаго мѣста оказывается не соответствующимъ сути дѣла. Здѣсь былъ бы болѣе уместенъ терминъ „*extractio placentae*“.

лица, нерѣдко получался отрывъ оболочекъ, а иногда и частей дѣтскаго мѣста.

Нынѣ, уже около двухъ лѣтъ, мы ведемъ 3 періодъ родовъ чисто выжидательно. Послѣ родовъ плода матка остается внѣ нашего руководѣствія, наблюдаютъ исключительно за кровоотдѣленіемъ изъ матки, въ случаѣ значительнаго усиленія котораго, разумѣется, прибѣгаютъ къ активной помощи. Обыкновенно еще до истеченія полу-часа послѣдъ выходитъ самъ собою со всѣми оболочками. Если же по истеченіи этого времени онъ не выходитъ изъ половой щели, то легкое надавливаніе на матку достаточно для того, чтобы онъ выдѣлился <sup>2)</sup>. Выдѣленію мы помогаемъ во многихъ случаяхъ и тѣмъ что роженица, которая разрѣшилась на короткомъ матрацѣ, вслѣдъ за рожденіемъ плода помѣщается на постели такимъ образомъ, чтобы нижнія конечности ея и ягодицы находились на одной горизонтальной поверхности (кровать), а спина и верхняя часть туловища оставалась на короткомъ слегка согнутомъ матрацѣ (польштерѣ) въ нѣсколько приподнятомъ (слегка полусидячемъ) положеніи. Такой постановкой туловища достигается увеличеніе внутрибрюшного давленія, которое, какъ мы уже говорили ранѣе, играетъ существенную роль при актѣ выдѣленія послѣда.

Какъ мы сказали, мы оставляемъ послѣдъ въ половыхъ путяхъ роженицы не болѣе  $1\frac{1}{2}$  часа. Такой срокъ выбрали мы потому, что за это время во всѣхъ нормальныхъ случаяхъ должно было уже произойти отдѣленіе, а въ большинствѣ случаевъ и выдѣленіе послѣда, а потому задержаніе его въ половыхъ путяхъ представляется излишнимъ. И не только очень длительное задержаніе представляется излишнимъ, но есть шансы думать, что оно и не безвредно. Такъ въ нѣсколькихъ случаяхъ долгаго (до 4 часовъ и болѣе) пребыванія послѣда въ половыхъ путяхъ роженицы мы получили лихорадочныя движенія въ послѣродовомъ періодѣ. Тоже самое читаемъ мы и въ литературѣ.

---

<sup>2)</sup> Растираніе дна матки въ этомъ случаѣ не примѣняется. Послѣдъ находящійся уже частью или совершенно во влагалищѣ выскальзываетъ благодаря *vis a tergo*.

У *Campe* въ 50 случаяхъ placenta оставалась болѣе 6 часовъ и изъ этого числа въ одной четверти, т. е. 24 раза послѣдъ задержался 12 часовъ. Изъ 24 родильницъ лишь 8 остались здоровыми; 10 лихорадили до  $38,4^{\circ}$  въ первые 3—4 дня послѣродового періода, у 5 появилось повышепіе  $t^{\circ}$  до  $39,0$  и большая кровоточивость шесть дней спустя послѣ родовъ и одна оказалась столь сильно инфицированной, что могла быть выписана лишь 80 дней спустя послѣ родовъ. У *Zweifel*'я былъ даже смертный случай отъ сепсиса, который онъ приписываетъ задержанію послѣда въ маткѣ долѣе 12 часовъ. Повышенная  $t^{\circ}$  и заболѣваніе при длительномъ пребываніи послѣда въ полости матки объясняется загниваніемъ задержаннаго послѣда и послѣдующей инфекціей.

Разумѣется, подобная длительная задержка послѣда въ маткѣ должна наблюдаться лишь въ исключительныхъ случаяхъ, именно тамъ, гдѣ нѣтъ на лицо правильной акушерской помощи. А потому тяжелые результаты, получаемые при неправильномъ примѣненіи выжидательнаго способа выдѣленія послѣда, никакъ не могутъ быть поставлены ему въ вину. Мы повторяемъ, что въ нормальныхъ случаяхъ выжидательный методъ (съ тѣмъ ограниченіемъ во времени, на которое указано выше) долженъ быть предпочтенъ *способу Credé*, которому должно быть отведено мѣсто исключительно при патологическихъ обстоятельствахъ.

Мнѣ могутъ совершенно справедливо замѣтить, что, указывая на цѣлесообразность выжидательнаго метода, я говорю хорошо извѣстныя вещи, которыя если не всеми, то большинствомъ вполне раздѣляются. Но если я коснулся преимуществъ выжидательнаго способа, то, конечно, не ради того, чтобы сказать что нибудь новое въ его защиту, но ради того, чтобы указать, что благодаря ему получается между прочимъ возможность избѣжать въ практикѣ нашей одной изъ самыхъ непріятныхъ, самыхъ кровавыхъ и часто весьма рискованныхъ для жизни роженицы операций, какова *solutio placentaе manualis*.

Еще недавно въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней мы, читая отчетъ д-ра *Поттjenka* объ его акушерской дѣятельности въ черниговскомъ земствѣ, не могли не пора-

жаться тѣмъ количествомъ «приращеній дѣтскаго мѣста», которое ему встрѣчалось и которое ему пришлось лѣчить путемъ *solutio manualis*.

Д-ръ *Потъенко* еще въ 1893 году помѣстилъ отчетъ о своей акушерской дѣятельности въ черниговскомъ уѣздѣ съ 1885 по 1893 годъ. Этотъ отчетъ обнимаетъ 106 родовъ. На это число родовъ случаевъ приросшаго послѣда наблюдалось 19, или одинъ случай приращенія дѣтскаго мѣста приходился на 5,6 родовъ. Кромѣ того въ 5-ти случаяхъ д-ру *Потъенко* пришлось удалять рукой изъ полости матки уже отдѣлившійся, но задержанный въ маткѣ послѣдъ. Во второмъ своемъ отчетѣ, обнимающемъ время съ 1 января 1893 г. по 5-е декабря 1895 г. д-ръ *Потъенко* говоритъ о своихъ 136 случаяхъ родовъ. На это число приращеніе послѣда встрѣтилось 19 разъ (1:7,1). Несомнѣнно, что какъ въ первомъ такъ и во второмъ отчетѣ поражаетъ громадное число родовъ, осложненныхъ приращеніемъ дѣтскаго мѣста, число настолько громадное, что даетъ поводъ усомниться въ вѣрности діагноза «приращенія», сдѣланнаго авторомъ. Если мы сравнимъ <sup>1)</sup> частоту случаевъ операции *solutionis placentae* въ земской дѣятельности д-ра *Потъенко* съ частотою случаевъ этой же операціи въ различныхъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ, то находимъ, что приращеніе послѣда встрѣчается въ нихъ неизмѣримо рѣже. Такъ по статистикѣ *Михайлова* на 220695 родовъ приходится всего 3877 случаевъ (1,75<sup>0</sup>/о) операцій отдѣленія и извлеченія послѣда, при чемъ больше половины случаевъ падаетъ не на приращеніе его, когда показанья къ операціи безспорны, а на задержаніе его (а именно 44,6<sup>0</sup>/о и 75,4<sup>0</sup>/о). По *Агафонову* на 1485 родовъ операція *separatio placentae et extractio secundinarum* была примѣнена 9 разъ (спазмъ зѣва матки), 7 разъ при стойкихъ сращеніяхъ и 6 разъ при недостаточномъ сокращеніи матки. Всего такимъ образомъ ручное выведеніе послѣда наблюдалось въ 22 случаяхъ (1:70 или 1,4<sup>0</sup>/о). По *Вогфу* на 3622 родовъ ручное извлеченіе послѣда,

---

<sup>1)</sup> Мы отлично понимаемъ, что сравненіе это должно имѣть лишь относительную цѣну, такъ какъ отчетъ *Потъенко* не обнимаетъ всѣхъ родовъ, которые произошли въ районѣ его дѣятельности, но лишь тѣ изъ нихъ, на которыхъ онъ по тѣмъ или инымъ причинамъ присутствовалъ.



какъ отдѣлившагося, такъ отдѣленіе приращеннаго, имѣло мѣсто въ 46 случаяхъ (1:78, 7 родовъ). Въ Спб. Родовспомогательномъ Заведеніи за 25-ти лѣтній періодъ (1868—1892) на 11364 родовъ было 2109 случаевъ отдѣленія плаценты и извлеченія послѣда (1:43,3). Въ Маріинскомъ Родильномъ Домѣ по отчету *Шмидта* за 1870—81 г. на 4059 родовъ было 115 случаевъ полного извлеченія послѣда, что даетъ 2,8% или 1 случай на 35,5 родовъ. По отчету того же заведенія за 1881—91 г. на 5419 случаевъ родовъ ручное отдѣленіе и выдѣленіе было произведено всего 57 разъ, что даетъ только 1,1% и 1 случай приходится на 86,3 родовъ. Объясняя причину большаго числа случаевъ полного ручного извлеченія дѣтскаго мѣста за періодъ времени 1870—1881 г., д-ръ *Шмидтъ* совершенно справедливо замѣчаетъ: «Съ тѣхъ поръ какъ способъ *Credé* сталъ популяренъ и восхваляемъ со многихъ сторонъ, онъ, если не всегда, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ, примѣняется тамъ, гдѣ желательно удаленіе послѣда изъ матки и только неудачное примѣненіе его ведетъ къ ручному удаленію послѣда. Къ сожалѣнію торопливость и часто неправильные приемы служатъ главнымъ виновникомъ неудачи, отсюда и большой % извлеченія».

Указавъ затѣмъ на неблагопріятное теченіе послѣродоваго времени послѣ операціи удаленія рукой послѣда *Шмидтъ* говоритъ: «Операція должна быть примѣнена только въ крайнихъ случаяхъ и выжидательное положеніе акушера въ послѣдовомъ періодѣ родовъ принесетъ гораздо больше пользы, чѣмъ активная дѣятельность его. Торопливость съ выдѣленіемъ послѣда сплошь и рядомъ выражается уже нетерпѣливымъ примѣненіемъ способа *Credé*».

Приведемъ еще нѣсколько статистическихъ данныхъ. По *Знаменскому* на 823 родовъ клиники проф. *Лебедева* (1886—1892) ручное извлеченіе было произведено 6 разъ (0,7%). По *Рузи* (клиника *Славянскаго* 1891—1892 г.) на 1595 родовъ ручное отдѣленіе примѣнялось 28 разъ (1,75%). *Сазонова* въ Спасскомъ Родильномъ Приютѣ на 1126 родовъ (1890—1893) произвела ручное извлеченіе и отдѣленіе послѣда въ 9 случаяхъ, что даетъ 1 случай операціи на 125 родовъ. Въ Гаваньскомъ Родильномъ Приютѣ за періодъ вре-

мени нашего завѣдыванія, т. е. съ 12 ноября 1889 и по 22 мая 1897 г., на почти 4000 родовъ операція искусственнаго ручнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста произведена въ 20 случаяхъ, что даетъ около 0,5% или 1 случай операціи приходится почти на 200 родовъ. За послѣдніе 2½ года, на 1300 родовъ былъ лишь 1 случай длительного задержанія послѣда (роды были окончены въ наше отсутствіе щипцами малоопытнымъ товарищемъ <sup>1)</sup>).

Мы могли бы привести еще множество цифровыхъ данныхъ, но полагаемъ, что сказаннаго достаточно для того, чтобы показать, что случаи задержанія послѣда въ маткѣ встрѣчаются въ настоящее время въ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ очень рѣдко. Кромѣ того необходимо отмѣтить то, что почти половина всѣхъ случаевъ такъ называемаго ручнаго отдѣленія мѣста падаетъ на случаи *выведенія* уже отдѣлившагося мѣста; истинное же *отдѣленіе* дѣтскаго мѣста отъ стѣнки матки встрѣчается въ значительно меньшей части всѣхъ тѣхъ случаевъ, гдѣ для окончанія родовъ потребовалось введеніе руки въ полость матки.

Отчетомъ д-ра *Потъенко* мы воспользовались не ради, конечно, цѣлей критики, а исключительно потому, что онъ представляется весьма интереснымъ документомъ, говорящимъ о послѣдствіяхъ неправильнаго веденія послѣдоваго періода. Несомнѣнно, что 3-й срокъ родовъ въ той земской обстановкѣ, въ которой приходится работать д-ру *Потъенко*, ведется далеко не такъ, какъ ведется въ любомъ изъ вышеуказанныхъ родовспомогательныхъ учрежденій, а потому и послѣдствія этого совсѣмъ другія. Между прочимъ просматривая исторіи родовъ, помѣщенныя д-ромъ *Потъенко* въ его послѣднемъ отчетѣ, мы не можемъ не обратить вниманія на то, что на 17 родовъ безъ оперативнаго вмѣшательства случаевъ «приращенія» послѣда оказалось всего три (см. отчетъ, стр. 193, 194 и 195), тогда какъ на 16 случаевъ

<sup>1)</sup> Наши случаи *solutionis placentae* начиная съ II полугодія 1890 года располагаются слѣдующимъ образомъ: 1890—1891 на 450 родовъ 7 случаевъ въ 1891—1892 на 366—1 случай, въ 1892—1893 на 365 родовъ 3 сл., а 1893—1894 на 540 сл., 3 сл., въ 1894—1895 на 486 родовъ 2 сл., въ 1895—1896 на 586 родовъ 1 сл., и, наконецъ, на почти 500 сл., въ 1896—1897 (по 22 мая) 0 случаевъ.

родовъ, потребовавшихъ ту или иную операцію, «приращеніе» оказалось въ 8 случаяхъ, т. е. въ половинѣ всѣхъ случаевъ. Мы склонны думать что это «приращеніе» дѣтскаго мѣста въ большинствѣ этихъ случаевъ было ничто иное какъ простое задержаніе его въ маткѣ раздраженной либо длительной родовой дѣятельностью, либо тѣмъ или инымъ оперативнымъ приѣмомъ.

Составить себѣ ложное представленіе о приращеніи мѣста въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ его на самомъ дѣлѣ нѣтъ,—вещь вполне возможная и понятная. Если часть послѣда ущемлена внутреннимъ зѣвомъ и послѣдъ плотно охваченъ стѣнками матки, то, вводя безъ наркоза руку въ матку, мы легко можемъ не понасть въ промежутокъ между стѣнками матки и дѣтскимъ мѣстомъ, а при извѣстной рыхлости послѣда не трудно проникнуть въ самую ткань его и получить впечатлѣніе, какъ будто разрушаемъ сращенія, въ то время, когда на самомъ дѣлѣ мы разрушаемъ только ткань дѣтскаго мѣста. Подобное мнѣніе неоднократно уже высказывалось раньше. Такъ *Hegar* (Оперативное Акушерство, русск. пер. 1882 I, стр. 166) говоритъ, что при сильной вялости плаценты, задержавшейся въ полости матки и начавшей уже загнить, рука, отдѣляющая эту плаценту отъ матки, легко запутывается въ соединительно-тканыхъ перегородкахъ. «Это», по мнѣнію *Hegar*'а, «навѣрно часто случалось тамъ, гдѣ діагносцировалось плотное приращеніе. Отдѣляли плаценту кусокъ за кускомъ, принимая болѣе плотныя трабекулы и сосуды ея за приращенія въ видѣ пучковъ и нитей». Тоже мнѣніе въ самое послѣднее время высказывалъ и *Schrader* (10 мая 1892 г.) въ Гамбургѣ. Между прочимъ въ засѣданіи врачей Надеждинскаго Родовспомогательнаго Заведенія 20 марта 1894 г. проф. *Биддеръ* высказалъ сомнѣніе относительно существованія твердыхъ перемычекъ, держащихъ послѣдъ въ связи съ маткой. Ему кажется, что за перемычки принимаютъ сосуды послѣда, такъ какъ обыкновенно рука попадаетъ не въ промежутокъ между стѣнкой матки и послѣдомъ, а въ самую ткань послѣда. Э. Ф. Черневскій, поддерживая выше приведенное мнѣніе Э. Ф. Биддера, идетъ еще далѣе; онъ не видитъ даже возможности образоваться какимъ бы то ни было

перемычкамъ, такъ какъ для развитія подобныхъ ложныхъ перепонокъ требуется продолжительное время; требуется, чтобы послѣдъ задолго былъ отдѣленъ отъ стѣнокъ матки; иначе образоваться они не могутъ».

Сомнѣніе *Черневскаго* относительно образованія какихъ бы то ни было сращеній между послѣдомъ и стѣнкой матки не представляетъ ничего неожиданнаго и новаго. Еще въ 1860 г. *Credé*, на съѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ Кенигсбергѣ, предлагая свой способъ удаленія послѣда, на основаніи собственныхъ наблюденій и описаній чужихъ случаевъ крѣпкихъ сращеній послѣда съ маткой, высказалъ сомнѣніе въ существованіи крѣпкихъ сращеній и совѣтывалъ для разрѣшенія вопроса прибѣгнуть къ помощи микроскопическаго изслѣдованія. <sup>1)</sup> По его мнѣнію: «*Placenta adhaesiva ist nur die Hirngespinnst der Aertze*». Всякій акушеръ поступить, по его словамъ, гораздо лучше, если онъ въ случаѣ ручнаго отдѣленія задержавшаго мѣста будетъ считать пленки ворсинокъ не за соединительно-тканнныя образованія, а за ткань послѣда, въ которую попала его рука, благодаря тому, что не удалось проникнуть въ промежутокъ между маткой и дѣтскимъ мѣстомъ. *Howitz* тоже сомнѣвается въ существованіи крѣпкихъ сращеній послѣда съ маткой, потому что ему они никогда не встрѣчались. Послѣды, при встрѣчавшихся ему случаяхъ задержанія послѣда, были совершенно нормальны.

*Кошкарѳъ* въ своей диссертациі (стр. 24) говоритъ, что «изъ изложенія мнѣнія нѣкоторыхъ авторовъ о крѣпкихъ сращеніяхъ послѣда съ маткой можно видѣть, что вопросъ о крѣпкихъ сращеніяхъ послѣда съ маткой принадлежитъ къ числу открытыхъ». Описывая затѣмъ свой второй препаратъ и изслѣдовавъ его микроскопически, онъ приходитъ къ заключенію, что крѣпкихъ сращеній послѣда съ маткой въ данномъ случаѣ не было.

Между тѣмъ случай этотъ представляется до нельзя характернымъ въ смыслѣ органическаго задержанія на стѣнкахъ матки кусковъ послѣда. Даже теперь, послѣ того, какъ препаратъ долгіе годы находился въ спирту, совершенно не удастся

<sup>1)</sup> Цитировано по *Кашикарову* (Дисс. стр. 11).

отдѣлить отъ матки куски послѣда безъ разрушенія перепонъ, которыя ихъ соединяють. Но въ тоже время при микроскопическомъ изслѣдованіи этого случая, *Кошкарровъ* между прочимъ нашелъ, что «*decidua serotina*, какъ въ области оставшихся кусковъ послѣда, такъ и на тѣхъ, гдѣ послѣдъ былъ отдѣленъ, не представляла никакихъ измѣненій», (стр: 23). Задержку же послѣда *Кошкарровъ* объясняетъ частичной атоніей маточной мускулатуры въ области прикрѣпленія дѣтскаго мѣста.

Посмотримъ теперь, какъ же смотрять на приращеніе дѣтскаго мѣста другіе авторы. *Levret*, *Baudelocque*, *Wigand*, *Kilian*, *Busch*, *Shanzoni*, и др. считали крѣпкія сращенія послѣда съ маткой—вполнѣ доказанными. *Simpson* (*Edinburgh medical and surgical Journal*, 1896), допуская возможность сращеній между послѣдомъ и маткой считалъ за этиологию этой ненормальности воспаленіе *placentae*, благодаря чему между послѣдомъ и стѣнкой матки образовывались экссудативныя массы въ дальнѣйшемъ организовывавшіяся. *Spiegelberg* считалъ крѣпкія сращенія рѣдкими; лишь изрѣдка ему встрѣчались крѣпкія, толстыя, сухожильныя сращенія небольшихъ участковъ послѣда съ маткою. «Эти сращенія», говоритъ онъ, «были вѣроятно, болѣзненно измѣненныя и утолщенныя продолженія *deciduae*». *Strassmann* допускаетъ въ рѣдкихъ случаяхъ существованіе такихъ крѣпкихъ сращеній послѣда съ маткой, которыя требуютъ ручнаго отдѣленія и приводитъ одинъ случай. Изъ новѣйшихъ авторовъ *Ahlfeld* въ своемъ руководствѣ по акушерству на стр. 325 между прочимъ говоритъ: «*Placenta* можетъ задержаться въ полости матки благодаря суженію ниже лежащихъ частей маточнаго канала, а также вслѣдствіе ненормальныхъ сращеній (*abnorme Adhäsion*) *placentae in toto* или отчасти. Нерѣдко наблюдаютъ обѣ причины вмѣстѣ.... Патологическое приращеніе *placentae* представляется очень рѣдкимъ явленіемъ. Я наблюдалъ общее (полное) приращеніе *placentae* въ теченіи послѣднихъ 10 лѣтъ (3000 родовъ) два раза; въ обоихъ послѣ лихорадки во время родовъ и *sepsis*'а (1888 № 189 и въ 1893 № 206)». При *placenta praevia* встрѣчаютъ, по *Ahlfeld*'у, также твердыя сращенія не отдѣлившейся части.

«Анатомическіе препараты», говорить *Ahlfeld*, «показывающіе связь патологически приращенной placentaе со стѣнкой матки представляются очень рѣдкими, такъ какъ правило акушера искусственно отдѣлить болѣзненно-соединенныя части. Однако я припоминаю прекрасный препарат лейпцигскаго патологическаго института». Частичное приращеніе, по мнѣнію *Ahlfeld*'а, происходитъ главнымъ образомъ въ краевыхъ частяхъ дѣтскаго мѣста. Еще чаще чѣмъ эндометритъ къ сращенію подлежащей части послѣда съ decidua ведетъ низкое прикрѣпленіе placentaе.

Весьма важной работой по вопросу о приращеніи послѣда является трудъ *Langhans*'а (Archiv f. gynäk., VIII): «Die Lösungen der mütterlichen Eihäute». Исходя изъ того, что отдѣленіе зрѣлой плаценты происходитъ обычно въ ампулярномъ слоѣ отпадающей оболочки, *Langhans* въ случаяхъ задержанія послѣда обращалъ вниманіе на гистологическія особенности перегородокъ (septa) среди клѣтокъ железистаго слоя. Оказалось, что при приращеніи placentaе перегородки этого слоя (Drüsenampullen) оказываются болѣе обыкновеннаго богатыми межклеточной субстанціей, при чемъ сами клѣтки меньше по величинѣ и болѣе веретенообразны, чѣмъ обыкновенно. Благодаря этимъ свойствамъ ампулярный слой оказывается болѣе плотнымъ, чѣмъ это нормально встрѣчается. Въ качествѣ втораго причиннаго момента для развитія плотнаго соединенія послѣда съ маткой *Langhans* указываетъ на недостаточное развитіе ампулярнаго слоя. Въ силу мало пока извѣстныхъ патологическихъ обстоятельствъ (endometritis?) разрушаются маточныя желѣзы и замѣняются соединительной тканью, послѣдствіемъ чего и является невозможность образованія ампулярной зоны. Такимъ образомъ, благодаря двумъ обстоятельствамъ: разростанію перегородокъ ампулярнаго слоя съ одной стороны и недостаточному развитію желѣзистаго слоя съ другой получается то, что ампулярный слой отпадающей оболочки теряетъ свойства той легкоразрывающейся оболочки («lockere Membran»), какая требуется для нормальнаго процесса отдѣленія послѣда отъ стѣнки матки.

Относительно другихъ причинъ, лежащихъ въ основѣ такъ называемыхъ приращеній дѣтскаго мѣста, *Langhans* вы-

сказывается въ томъ смыслѣ, что воспаленіе placentaе (placentaе) слѣдуетъ считать за самую рѣдкую причину этихъ сращеній. Сращения въ видѣ перемычекъ, которыя приходится разрушать при ручномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста представляютъ собою по *Langhans*'у лишь отдѣльные отростки ворсистой оболочки, которыя идутъ въ прямомъ направленіи отъ ворсистой къ запоздалой оболочкѣ. «О настоящихъ сращенияхъ», говоритъ *Langhans*, «не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ до сихъ поръ въ приращенныхъ плацентахъ я не находилъ такого разроженія клѣтокъ, такого развитія соединительной ткани, или другого какого либо патологическаго состоянія, которое можно было счесть за послѣдствіе воспаленія» (стр. 296) <sup>1)</sup>.

*I. Veit* (*Müller's Handbuch d. Geburtshülfe*, Bd 2, стр. 112) полагаетъ, что изъ числа тѣхъ случаевъ, клиническая картина которыхъ представляла картину приращенія послѣда значительная часть должна быть объяснена не дѣйствительными сращениями, а недостаточною дѣятельностью матки. Въ отдѣльныхъ случаяхъ имѣлись анатомически выраженные сращения между послѣдомъ и маткой. Дѣятельность матки въ такихъ случаяхъ подъ вліяніемъ воспалительныхъ процессовъ въ decidua оказывалась измѣненной.

*Schroeder*, въ своемъ учебникѣ акушерства (Русск. изд. 4-ое, 1888, стр. 642) говоритъ: «Частичныя приращенія дѣтскаго мѣста къ стѣнкамъ матки, которыя, впрочемъ, лишь очень рѣдко происходятъ путемъ новообразованной соединительной ткани, подають поводъ къ кровоточивости, такъ какъ отдѣлившіяся мѣста матки близъ сращеній не могутъ вполне хорошо сократиться.... Воспаленіе дѣтскаго мѣста представляетъ особенную важность въ послѣдовомъ періодѣ, потому что въ слѣдствіи значительной рыхлости молодой гиперплазированной ткани куски placentaе могутъ легко отрываться и оставаться на стѣнкахъ матки, въ особенности, если сократившаяся рубцовая ткань внѣдряется между ворсинками chorion'a.

<sup>1)</sup> Наблюденія послѣдняго времени, сдѣланныя на большемъ матеріалѣ, подтвердили взгляды *Langhans*'а на патолого-анатомическую сущность плотныхъ сращеній матки съ послѣдомъ. (*Berry Hart*. Centr. f. Gynäk., 1891 г., стр. 46) *Anderson* (*Schmidt's Jahrbücher*, Bd. 123, стр. 55) показалъ, что даже на трупѣ не удается отдѣлить плаценту отъ стѣнки матки (цит. по *Neumann*'у Monatsschr. f. Geb. IV, Heft. 4, стр. 309).

Соединительно тканная гиперплазія deciduae serotinae особенно сильно развивается при сифилисѣ матери. При этомъ дѣло доходить до гуммозныхъ разращеній въ serotinae, которыя проникають клинообразно между дольками послѣда».

*Крассовскій* въ Оперативномъ Акушерствѣ (1885 г.) признаетъ возможность задержанія дѣтскаго мѣста вслѣдствіи приращенія его къ маткѣ (placenta accreta, accretio placentae) и (на стр. 636) говоритъ о производствѣ операціи отдѣленія дѣтскаго мѣста при частичныхъ и при общихъ сращеніяхъ. Указавъ затѣмъ на то, что сращенія иногда бываютъ такъ слабы, что достаточно только незначительнаго усилія, чтобы ихъ разрушить, а иногда наоборотъ весьма крѣпки, *Крассовскій* приводитъ два случая сплошныхъ сращеній (*Свида* и *Крассовскаго*), при чемъ въ послѣднемъ случаѣ пришлось удалить послѣдъ по кускамъ, начиная съ корня пуповины.

По мнѣнію *А. Я. Крассовскаго* сплошныя сращенія placentae со стѣнкой матки воспалительнаго происхожденія встрѣчаются, къ счастью, въ практикѣ весьма рѣдко. Причиной сращенія прежде считали воспаленіе дѣтскаго мѣста (placent.) Въ настоящее же время, по мнѣнію *Крассовскаго*, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что самою частою причиною сращеній послѣда должно считать извѣстное патологическое состояніе отпадающей оболочки, а именно воспалительная гиперплазія и гипертрофія ея. Но во многихъ случаяхъ крѣпкое соединеніе послѣда съ маткою объясняется недостаточной сократительной дѣятельностью самой матки.

*Kleinwächter* (Реальная Энциклопедія Медицинскихъ наукъ, т. XV, стр. 752, русск. изд.) говоритъ, что «сращенія послѣда съ мѣстомъ его прикрѣпленія хотя и упоминаются часто, но представляютъ всетаки рѣдкое явленіе. Они являются слѣдствіемъ протекшихъ воспалительныхъ процессовъ дѣтскаго мѣста, яйцевыхъ оболочекъ или deciduae. Placentitis исходитъ изъ клѣтокъ отпадающей оболочки, рѣже изъ adventitia большихъ фетальныхъ артерій. При далеко распространившемся воспаленіи соединительно-тканные тяжи могутъ проникать въ самую стѣнку матки, что не безразлично въ томъ отношеніи, что послѣдъ затѣмъ при родахъ трудно отдѣляется, или при искусственномъ отдѣленіи могутъ застрять куски плаценты.



Плацентитъ, повидимому, обусловливается уже ранѣе существовавшимъ эндометритомъ» (стр. 743).

*Runge* (Учебникъ акушерства, русск. изд., стр. 362) говоря о стриктурахъ матки въ послѣдовомъ періодѣ въ области кольца сокращенія или въ какой нибудь лежащей подъ нимъ части матки (*Ahlfeld*), указываетъ на то, что причиной такихъ стриктуръ обыкновенно бываетъ нераціональное, слишкомъ поспѣшное веденіе 3-го періода родовъ, неискusstvenное и преждевременное примѣненіе способа *Credé*, а еще чаще грубыя и повторныя попытки преждевременнаго удаленія плаценты внутренними ручными приѣмами. «Если при внутреннемъ изслѣдованіи», говоритъ онъ далѣе, «не найдено стриктуры, то въ такомъ случаѣ дѣло можетъ идти только о *патологическомъ приращеніи* части плаценты, предполагая, конечно, что былъ рационально примѣненъ ручной приѣмъ *Credé*. Подобнаго рода состояніе бываетъ *рѣдко*. Въ прежнее время діагнозъ приращенія плаценты ставился чаще, чѣмъ теперь. Въ прежнее время такія «приращенія» діагносцировались такъ часто потому именно, что ручныя приѣмы для удаленія плаценты были еще недостаточно разработаны, и, кромѣ того, врачи не имѣли привычки вполне предоставлять изгнаніе плаценты силамъ природы. Анатомическій процессъ, ведущій къ плотному сращенію плаценты со стѣнкой матки, совершенно еще не выясненъ. Вѣроятно и здѣсь также играютъ роль воспалительныя процессы во внутренней оболочкѣ матки. Часто въ такихъ плацентахъ не оказывается ни малѣйшей аномаліи. Поразителенъ тотъ фактъ, что иногда приращеніе плаценты повторяется у одной и той же женщины въ теченіи нѣсколькихъ беременностей <sup>1)</sup>. Приращеніе плаценты бываетъ только частичное».

*Heagar* признаетъ возможность стойкихъ сращеній между послѣдомъ и маткой, но говоритъ, что частоту приращеній значительно преувеличивали вслѣдствіе того, что перегородки (трабекулы) между отдѣльными лопастями плаценты принимали за перемычки сращеній. Онъ полагаетъ (*Monatschrift. f. Geb. und Fraueunkr. Bd. 22*) что патологическія измѣненія

<sup>1)</sup> Мнѣ неоднократно приходилось у одной и той же роженицы удалять рукой послѣдъ при нѣсколькихъ родахъ. *Авторъ*.

ведущія къ приращенію послѣда находятся въ decidua serotina и происходятъ отъ ея воспаленія, либо обусловливаются процессомъ ея разростанія (Wucherungsvorgänge) въ зависимости отъ дѣйствующихъ на нее раздраженій.

Лазаревичъ (1892 г., II, стр. 558) признаетъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ причиной задержанія послѣда бываетъ его приращеніе къ стѣнкамъ матки и даетъ практическія указанія при «отрываніи приросшаго послѣда». *Феноменовъ* въ своемъ Оперативномъ Акушерствѣ (I изд.) на стр. 341 говоритъ, что отдѣленіе дѣтскаго мѣста (solutio, seu separatio placentae) предпринимается въ случаѣ сращенія, resp., болѣе крѣпкаго соединенія дѣтскаго мѣста со стѣнкой матки. «Особенно значительныя затрудненія», говоритъ онъ «могутъ встрѣчаться при сплошныхъ сращеніяхъ дѣтскаго мѣста (accretio placentae totalis). Въ чемъ состоитъ анатомическая сущность этого явленія, я разбирать не буду; замѣчу только что, по мнѣнію моему, въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ скорѣе о недостаточномъ *разслабленіи* связи дѣтскаго мѣста съ маткой, предшествующемъ его отдѣленію во время родовъ, подобно тому, что мы наблюдаемъ при выкидышахъ, чѣмъ о какомъ либо дѣйствительномъ *сращеніи*, какъ слѣдствіи воспалительнаго процесса (placentitis и пр.)... На большую трудность произвольнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста не безъ вліянія, конечно, остаются и тѣ макро—и микроскопическія измѣненія въ стѣнкахъ матки (истонченіе, развитіе соединительной ткани и проч.), которыя были находимы въ нѣкоторыхъ случаяхъ» (стр. 345).

*Olshausen*, разбирая 17 (29) октября 1895 года, передъ студентами на лекціи (на которой присутствовалъ и я), случай задержанія послѣда, высказался въ томъ смыслѣ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о простой задержкѣ, чѣмъ о настоящихъ приращеніяхъ. Случаи послѣдняго рода встрѣчаются, по *Olshausen*'у, рѣдко.

Таковы взгляды авторовъ на причины лежащія въ основѣ случаевъ задержанія въ полости матки послѣда. Какъ видно изъ выше изложеннаго,—предположеній много, но казуистическій матеріалъ представляется все еще довольно скуднымъ. Въ виду этого мы позволимъ себѣ цитировать нѣсколько под-

робнѣе, какъ недавній случай *Leopold-Leisse* демонстрированный въ Дрезденѣ 12 февраля 1891 г. (Cent. f. Gynäk. 1891, стр. 648), такъ въ особенности случай *Neumann'a*, послужившій ему къ написанію статьи «Beitrag zur Lehre von der Anwachsung der Placenta», появившейся въ IV томѣ Monatschrif f. Geburtshülfe und Gynäk. за 1896 годъ, нѣсколько мѣсяцевъ спустя послѣ сообщенія нами Акушерско-Гинеко. Обществу въ Спб. нашихъ изслѣдованій о патологическомъ процессѣ при приращеніи дѣтскаго мѣста.

Случай *Leopold-Leisse* заключается въ слѣдующемъ: у 39-ти лѣтней, девятый разъ рожавшей женщины, у которой до того времени при 5, 7 и 8 родахъ въ виду сильнаго кровотеченія было произведено ручное удаленіе дѣтскаго мѣста, возникло и при 9-ыхъ родахъ въ послѣдовомъ періодѣ столь сильное кровотеченіе, — что потребовалось примѣнить выжиманіе послѣда. Успѣха, однако, не получилось ни отъ этого приѣма, ни отъ примѣненія внутриматочнаго душа. Въ виду этого произведено ручное удаленіе послѣда, оказавшееся весьма труднымъ. Спустя полчаса вновь появилось кровотеченіе, повлекшее за собой колыанскіе; сдѣлана трансфузія раствора поваренной соли, послѣ чего рукой изъ матки удалены остатки плаценты. Несмотря на это — смерть 3 часа спустя послѣ родовъ. Матка при вскрытіи оказалась большой, мягкой; мѣсто прикрѣпленія послѣда находилось на задней стѣнкѣ. Слева отъ него, около отверстія трубы, находилось множество кусочковъ плаценты, величиной отъ боба до лѣснаго орѣха, сидѣвшихъ столь плотно, что даже пальцемъ нельзя было отдѣлать ихъ отъ маточной мускулатуры. Микроскопическіе срѣзы, сдѣланные чрезъ стѣнку матки, показали, что serotina по большей части погибла и замѣнена плотной соединительной тканью. Среди пучковъ этой ткани заложены большія децидуальные клѣтки. Разрывающійся (lockere) желѣзистый слой serotinae отсутствуетъ и желѣзистыя пространства встрѣчаются лишь въ весьма скудномъ количествѣ. Соединительно тканые дуги произошли отъ эндометрита, протекавшаго во время беременности.

Цитируя между прочимъ этотъ случай, *Neumann* (l. c.) говоритъ, что онъ является весьма драгоценной поддержкой ученія о приращеніи послѣда и что остается только пожалѣть, что не сдѣлано подробнаго описанія микроскопической картины и что случай этотъ не иллюстрированъ рисунками. Но за то нижеприводимый случай *Neumann'a* находится внѣ этихъ упрековъ. Случай. этотъ, имѣвшій мѣсто въ клиникѣ проф. *Schauta*, заключается въ слѣдующемъ.

17 мая 1895 въ клинику была принята 40-лѣтняя женщина,

постоянно отличавшаяся здоровьемъ и правильно съ 14 лѣтнаго возраста менструировавшая. Она нормально родила въ 1881 и 1884 годахъ; послѣдъ въ обоихъ случаяхъ былъ удаленъ искусственно. Послѣдніе регулы 10 августа прошлаго года. Въ день поступленія въ клинику больная почувствовала внезапное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ; никакихъ болей передъ этимъ она не испытывала. Въ виду того, что кровотеченіе не прекращалось она принуждена была обратиться въ клинику.

Очень блѣдная, худая женщина. Границы матки: сверху не доходить на 3 пальца до грос. хурhoideus, справа на передней подмышечной линіи, слѣва на сосковой; у дна матки опредѣляются ягодицы плода, головка же его отклонена нѣсколько влѣво отъ тазоваго входа; спинка направо; здѣсь же выслушивается сердцебіеніе плода. Сильное кровотеченіе изъ матки. Шеечный каналъ, длиною до 2 сант., проходима для одного пальца. Внутренній зѣвъ выполненъ мягкой, шероховатою массою, которую безъ ошибки можно принять за ткань дѣтскаго мѣста, находящагося у стѣнки матки въ области внутреннего зѣва. Кровотеченіе продолжалось, несмотря на тампонаду влагаллица іодоформенной марлей. Прогрессирующая блѣдность, тошнота, повторная зѣвота. Въ виду такого состоянія подъ наркозомъ введенъ кольпейринтеръ сначала въ шейку, а затѣмъ черезъ плаценту и въ полость матки, послѣ чего онъ наполненъ растворомъ лизоля. Влеченіемъ за кольпейринтеръ черезъ 10 минутъ зѣвъ расширенъ на столько, что можно было ввести руку. Безъ труда произведенъ поворотъ на ножки. Въ виду того, что кровотеченіе продолжалось и пульсъ больной сдѣлался слабымъ и частымъ (до 120 ударовъ), извлеченіе производилось осторожно и медленно, не заботясь о ребенкѣ. Плодъ, дѣвочка, вѣсомъ въ 2600 grm., 45 сант. длиною, родился въ асфиксіи, но съ хорошимъ сердцебіеніемъ и былъ оживленъ. По окончаніи экстракціи кровотеченіе продолжалось въ значительной степени, несмотря на хорошо сократившуюся матку. И такъ какъ выжиманіе плаценты не достигло цѣли, то рѣшили удалить ее рукою. Операция оказалась необыкновенно трудной въ виду того, что мѣсто, сидѣвшее, главнымъ образомъ, на лѣвой стѣнкѣ, было весьма тѣсно сращено съ маточной мускулатурою. Плацента была удалена по частямъ, при чемъ множество клочковъ ея осталось въ маткѣ въ области внутреннего зѣва: нѣкоторые изъ нихъ были затѣмъ захвачены и удалены корнцангомъ вмѣстѣ съ клочьями остававшихся еще въ маткѣ яйцевыхъ оболочекъ. Несмотря на все это такъ и не удалось удалить всю ткань плаценты: въ непосредственной окружности внутреннего зѣва отдѣльныя части плаценты оказались совершенно неотдѣлимыми и ихъ пришлось оставить, рискуя въ противномъ случаѣ разорвать маточную стѣнку. Во все время операціи матка была атонична и массажъ не вызывалъ ея сокращенія. Въ виду этого полость матки до самаго дна; шейка и своды влагаллица выполнены іодоформенной марлей, матка сократилась. Больная перенесена въ постель, обложена

горячими компрессами и подъ кожу ей впрыснуто 70 куб. сант. физиологического раствора поваренной соли. Пульсъ въ лучевой артеріи, не опредѣляется, въ плечевой-нитевидный, частотою въ 140 ударовъ въ 1'.

Ни клизмы изъ вина, ни подкожное впрыскиванье камфоры состоянія не улучшаютъ. Несмотря на то, что лежащій въ маткѣ тампонъ, какъ казалось, достигъ своей цѣли и кровотечение не возобновилось, тѣмъ не менѣ пульсъ въ лучевой артеріи не прощупывается. Появились признаки острѣйшей анеміи: зѣвота, глубокіе вдохи, чувство удушья. Низкое положеніе головы не улучшаетъ дѣла. Въ виду ежесекундно грозящаго смертельнаго исхода произведено внутривенное вливаніе около 500 куб. сант. физиологического раствора поваренной соли. Несмотря на это временами исчезаютъ дыхательныя движенія, сердечныя сокращенія прерываются длинными интервалами и при прогрессирующемъ колапсѣ два часа спустя послѣ родовъ наступаетъ смерть. При вскрытіи найдено слѣдующее. Матка величиною съ двойную дѣтскую головку, очень хорошо сокращена, очень плотно набита іодоформенной марлей. На шейкѣ нѣтъ большихъ разрывовъ; лишь на задней стѣнкѣ находится поверхностная трещина. Мѣсто прикрѣпленія послѣда, отчетливо опредѣляемое, расположено вокругъ маточнаго зѣва, больше съ лѣвой стороны. На этомъ мѣстѣ стѣнка матки представляется на столько разрытой, что кажется будто изъ стѣнки матки вырваны ея мышечныя волокна. Оставшіяся на стѣнкахъ матки клочья ткани представляютъ собою куски плацентарной ткани, на столько плотно сросшейся съ мускулатурой, что и въ этихъ мѣстахъ удаленіе остатковъ плаценты могло бы быть достигнуто на счетъ нарушенія цѣлости маточной мускулатуры. На срѣзахъ изъ матки черезъ мѣсто прикрѣпленія плаценты видно, что стѣнка матки очень утончена и въ нее глубоко проникаетъ ткань плаценты. Рѣзкая анемія всѣхъ органовъ.

Оставляя въ сторонѣ подробное описаніе микроскопической картины препарата матки съ приросшими къ ней кусками плаценты мы ограничимся лишь указаніемъ на важнѣйшія данныя полученныя *Neumann*'омъ при микроскопическомъ изслѣдованіи его интереснаго случая. «На тѣхъ мѣстахъ» пишетъ онъ, «гдѣ еще сохранились остатки плаценты, *serotina* совершенно отсутствуетъ. Ворсинки хоріона находятся здѣсь въ непосредственной связи съ мышцами или со стѣнкой синусовъ сосудовъ, открывающихся на поверхности матки. На этихъ мѣстахъ ткань послѣда оказывается отчасти глубоко вросшей, отчасти прикрѣпленной къ стѣнкѣ сосуда. Ворсинки хоріона отличаются какъ синцитіальнымъ покровомъ такъ и величиною ядеръ соединительной ткани ворсинъ. Въ тѣхъ

мышечныхъ слояхъ, къ которымъ прикрѣпляются ворсинки хоріона находится разрастаніе межуточной соединительной ткани на ряду съ нормальными и гіалиново-перерожденными мышечными волокнами; въ сосудахъ, находящихся на мѣстахъ приращенія, замѣчается отсутствіе эндотелія одновременно съ соединительно-тканнымъ утолщеніемъ окружающей ткани». «Эти измѣненія», продолжаетъ *Neumann*, «я считаю за реакціонный процессъ, такъ какъ нигдѣ не имѣется отчетливыхъ признаковъ воспаленія... Процессъ долженъ считаться эксцессомъ роста (*Wachstumexcess*). Въ виду же того, что вышеупомянутыя данныя относительно ворсинокъ хоріона не встрѣчаются въ зрѣлыхъ послѣдахъ, процессъ этотъ долженъ быть названъ *hyperplasia placentae*». Какая причина лежала въ основѣ этиологии этой гиперплазіи дѣтскаго мѣста, *Neumann* сказать не можетъ. Несомнѣнно причиной тому не было ненормальное прикрѣпленіе мѣста, равно какъ и не эндометритъ существовавшій во время зачатія или беременности; скорѣе всего, что явленіями предшествующими развитію гиперплазіи плаценты въ данномъ случаѣ были послѣдствія уже ранѣе забеременѣванія протекшаго эндометрита, повлекшаго за собою соединительно-тканное утолщеніе межуточной ткани или атрофію слизистой оболочки.

Мы позволили себѣ подробно цитировать работу *Neumann*'а потому, что она, на ряду съ вышеупомянутыми изслѣдованіями *Langhans*'а, является одною изъ обстоятельныхъ изслѣдованій такихъ рѣдкихъ и тяжелыхъ случаевъ, какими представляются въ акушерской практики случаи дѣйствительнаго, анатомическаго приращенія дѣтскаго мѣста.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію микроскопической картины собственныхъ случаевъ, побудившихъ меня къ написанію этой статьи, считаю долгомъ еще разъ итогировать всѣ современныя мнѣнія авторовъ относительно сращеній послѣда съ маткой. Въ то время какъ одни авторы напр., (*Credé, Schröder, Howitz, Budderz, Черневскій*), совершенно отрицаютъ возможность плотныхъ сращеній между плацентой и стѣнкой матки, другіе авторы считаютъ ихъ доказанными (*Baudelocque, Wigand, Kilian, Busch, Scanzoni, Simpson, Langhans, Berry Hart* и мн. др.) и лишь, ука-

зываютъ на рѣдкость подобныхъ случаевъ (*Spiegelberg, Strassmann, Ahlfeld, Veit, Schroeder, Крассовскій, Лазаревичъ, Kleinwächler, Runge, Hegar, Феноменовъ, Leisse, Neumann*). Относительно же анатомической сущности лежащей въ основѣ этихъ сращеній высказываются различно. Одни (*Simpson, Kleinwächter, Schroeder*) считаютъ главной причиной или воспаленіе дѣтскаго мѣста (*placentitis*) или оболочекъ; другіе по преимуществу измѣненіе децидуальной оболочки вслѣдствіе воспалительныхъ причинъ (*Runge, Hegar, Leisse*); наконецъ, третьи, отрицая всякія признаки воспаленія, видятъ причину приращенія въ измѣненіи децидуального слоя (*Langhans*) или гипертрофіи *placentae* (*Neumann*); четвертые считаютъ за главную причину задержки измѣненіе въ дѣятельности мышечной стѣнки матки вслѣдствіи воспалительныхъ процессовъ децидуальной ткани (*Veit*) или процессовъ происходящихъ въ межмышечной ткани (*Кокшаровъ, Феноменовъ*). Въ виду этого нельзя, повидимому, не согласиться съ *Neumann*'омъ, который въ концѣ своей работы говорить: «можно охотно признать что приращенія послѣда могутъ возникать путемъ различныхъ этиологическихъ моментовъ и что анатомическія отношенія могутъ быть самыми разнообразными. Однако—наши данныя все еще оказываются весьма недостаточными для того, чтобы на основаніи ихъ позволить себѣ сдѣлать окончательное сужденіе».

(Продолженіе слѣдуетъ).