

## II.

### Случай консервативнаго кесарскаго сѣченія съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка.

И. Г. Мандельштамъ.

Нижеописанный случай кесарскаго сѣченія заслуживаетъ особеннаго вниманія въ виду рѣдкой формы неправильности таза, подавшей поводъ къ производству операціи.

27 Ноября прошлаго года, въ 9 ч. утра, Ф. Гроссманъ, 19 лѣтъ, была доставлена въ Одесскую Еврейскую больницу, докторомъ *Вильдерманомъ*, который, опредѣливъ у Г. высокую степень сѣуженія таза, предположилъ необходимымъ произвести ей кесарское сѣченіе и при этомъ сообщилъ слѣдующія свѣдѣнія дополненныя разсказомъ самой больной: мать умерла въ молодомъ возрастѣ отъ чахотки; больная начала ходить на второмъ году жизни, но послѣ паденія стала болѣть ногами и до седьмого года пролежала не будучи въ состояніи двигаться. По ея словамъ, въ то время неоднократно подвергалась операціямъ. Когда начала ходить, то уже лѣвая нога была стянута въ тазобедренномъ суставѣ. Пять, шесть лѣтъ тому назадъ ей вскрывали нарывы на спинѣ. Первые регулы съ 13-го года, каждый мѣсяць правильно по 3, 4 дня, умѣренно, съ сильными болями въ началѣ появленія. Замужемъ 10 мѣсяцевъ и съ тѣхъ поръ регулъ не имѣла. Все время беременности чувствовала себя хорошо. 23 вечеромъ начала чувствовать родовыя боли, 24 вечеромъ отошли воды, а съ утра 26-го схватки сдѣлались частыми и весьма сильными. Шейка матки не вполне еще изглажена, проходима для указательнаго пальца, головка подвижна надъ входомъ въ малый тазъ и въ теченіи многочасоваго наблюденія не обнаруживаетъ никакого поступательнаго движенія. Первое изслѣдованіе произведенное много показало: Больная очень малаго роста—128 см., на видъ крайне истощена и малокровна, слабого тѣлосложенія съ полнымъ почти отсутствіемъ подкожнаго жира, скуднымъ развитіемъ мускулатуры и нѣжнымъ строеніемъ скелета.

Органы грудной полости безъ измѣненій, животъ отвислый, вся поясничная часть позвоночника и верхній отдѣлъ крестца сильно искривлены впередъ съ небольшимъ отклоненіемъ влѣво — *Lordo scoliosis sinistra lumbi sacralis*; нижній конецъ крестца рѣзко отклоненъ назадъ, копчикъ загнутъ крючкомъ впередъ. При горизонтальномъ положеніи на спинѣ туловище касается стола лишь областью лопатокъ и нижняго отдѣла крестца. Остальная же часть позвоночника образуетъ дугу, подъ которой удобно помѣщаются полтора кулака. Все туловище и животъ при этомъ замѣтно наклонены влѣво. Въ стоячемъ положеніи лѣвая нога не касается пола, она неподвижно приведена и полусогнута къ животу. Справа, нижній край реберъ почти касается гребешка подвздошной кости, между ними замѣтна довольно глубокая, но узкая борозда; слѣва же боковая область живота, вслѣдствіе напряженія мышцъ, представляется совершенно ровной и на ощупь неподатливою, такъ что трудно удается прощупать ограничивающіе ее, довольно отдаленные другъ отъ друга, костные края. Вся лѣвая половина таза и лѣвая нижняя конечность развиты гораздо слабѣе правыхъ и стоятъ выше. Лѣвое колѣно выдвинуто впередъ и лежитъ на 5 см. выше праваго. Половая щель направлена къзади, вслѣдствіе сильнаго наклоненія таза. На мѣстѣ соответствующемъ лѣвому *symphysis sacro iliaca* имѣется неправильной формы вдавленный рубецъ неподвижно сросшійся съ костью, съ продольнымъ діаметромъ въ 3 см. и поперечнымъ въ 2 см. Такой же, но еще болѣе обширный рубецъ, находится въ области лѣваго большаго вертѣла, который повидимому былъ резецированъ вмѣстѣ съ головкой бедра такъ какъ вмѣсто естественнаго вертѣльнаго возвышенія замѣчается слегка углубленная рубцевая поверхность. Крыло правой повздошной кости мало наклонено. Гребешокъ ея, при переходѣ его задней части въ переднюю, образуетъ тупой уголъ открытый кнутри. Направление и контуры лѣвой повздошной кости вслѣдствіе упомянутаго выше тоническаго сокращенія мышцъ съ точностью опредѣлить невозможно. (См. рисунки).

Дно матки стоитъ на четыре пальца ниже мечевиднаго отростка, матка энергично сокращается каждыя 4—5 минутъ, при чемъ во время сокращенія рѣзко выступаютъ круглыя маточныя связки въ видѣ туго-натянутыхъ канатиковъ, расположенныхъ ближе въ передней поверхности матки. Матка наклонена влѣво; плодъ средней величины, спинка обращена влѣво и кпереди, головка стоитъ надъ входомъ въ тазъ и отклонена немного вправо сердцебиеніе плода отчетливо выслушивается слѣва отъ средней линіи, подъ пупкомъ. Внутреннее изслѣдованіе, произведенное подъ наркозомъ въ виду крайней чувствительности больной обнаружило: лонная дуга довольно широка и смотритъ влѣво, мысъ стоитъ очень низко—легко доступенъ для однаго указательнаго пальца какъ и вся верхняя часть крестца.

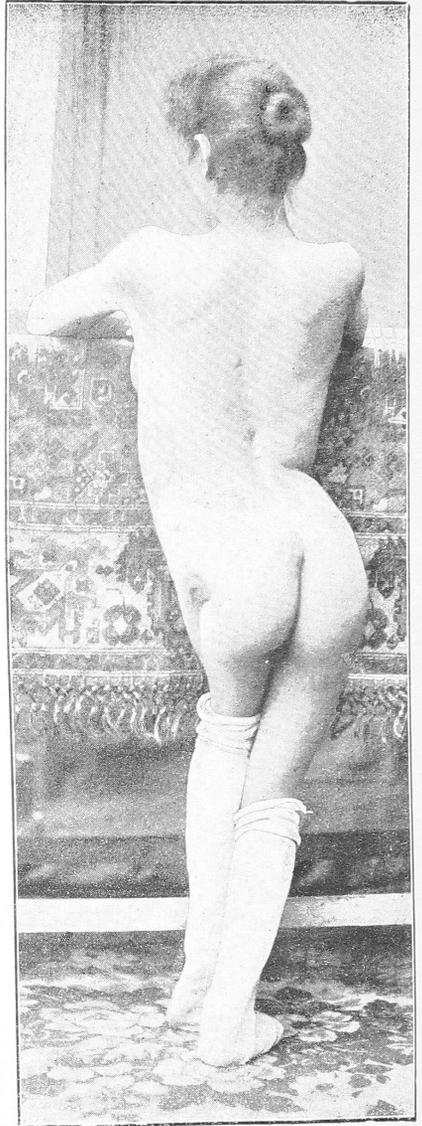
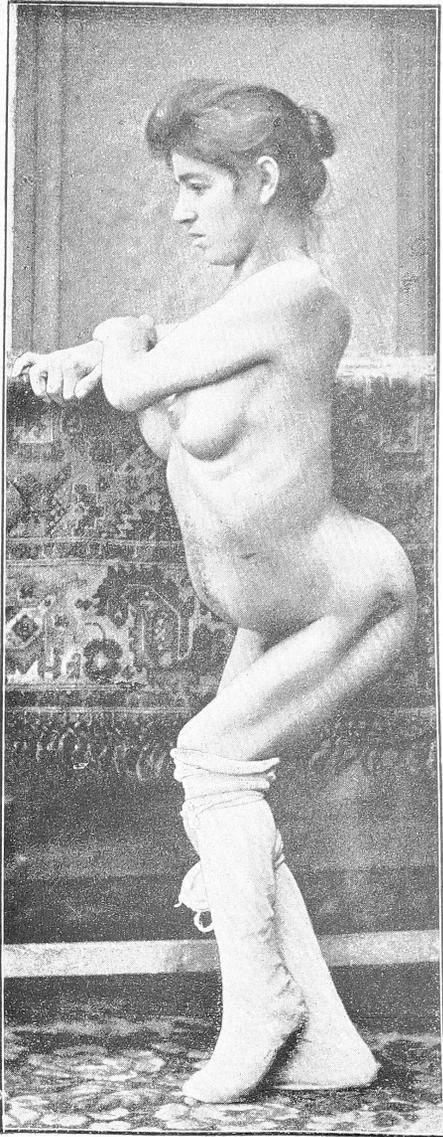
С. Д. 8—8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см.; вся полость таза кажется суженной, но особенно укороченъ переднезадній діаметръ лѣвой ея половины.

Spinae ischii сильно выдаются въ полость таза: отъ шейки матки осталась еще неизглаженной около  $\frac{1}{2}$  см. Каналь еяходимъ лишь для одного пальца; головка занимаетъ главнымъ образомъ правую половину входа въ малый тазъ, отъ котораго легко отодвигается во время паузы. Головной оухоли нѣтъ, малый родничекъ обращенъ влѣво и впередъ, большой родничекъ не достигается.

Распознано: ассиметричный, косопоставленный, общесъуженный плоскій тазъ, съ сильнымъ суженіемъ лѣвой его половины,—первый періодъ родовъ послѣ стока водъ—плодь живой и жизнеспособный—въ первомъ череномъ положеніи, средней величины. Placenta вѣроятно прикрѣпляется къ задней стѣнкѣ матки.

Принимая истинную конъюгату даже въ 7 см., мы данный тазъ въ виду малости всѣхъ размѣровъ его и весьма значительнаго суженія лѣвой его половины совершенно почти потерянной для родового механизма признали за абсолютно суженный и сочли нужнымъ открыть искусственной путь для родаразрѣшенія съ цѣлью спасти мать и ребенка; но въ виду отсутствія неотложныхъ показаній въ окончаніи родовъ рѣшили выжидать еще нѣкоторое время для дальнѣйшаго наблюденія за ходомъ родовъ. Въ 3 часа пополудни излѣдованіе показало: предлежащая головка въ прежнемъ положеніи, не опустилась ниже, несмотря на продолжавшіяся все время правильныя, весьма энергичныя и болѣзненные схватки; шейка совершенно изглажена, зѣвъ около 3 см. въ діаметрѣ;  $t^0$  нормальна, пульсъ 100 въ м.

Послѣ обычныхъ приготовленій больной, сдѣлано подкожное впрыскиваніе эрготина и приступлено къ кесарскому сѣченію по сохраняющему методу при любезномъ содѣйствіи гг. врачей Чопа и Тригера и въ присутствіи другихъ врачей больницы. Хлороформный наркозъ велъ врачъ Бурдинъ. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ сдѣланъ по linea alba на протяженіи 16 см., изъ коихъ половина пришлась надъ пупкомъ, а другая подъ нимъ. Въ брюшной ранѣ оказалась синеватокрасная поверхность беременной матки съ придатками, расположенными ближе къ передней ея сторонѣ; послѣ удлиненія разрѣза на 2 см. кверху, нескрытая матка безъ особеннаго труда выведена наружу, вокругъ ея шейки былъ наложенъ, на всякій случай, эластическій жгутъ, концы котораго оставлены незавязанными, а края брюшной раны выше матки сдѣланы нѣсколькими парами Мюзеевскихъ щипцовъ. Послѣ того какъ матка была обложена горячими салфетками, пропитанными обезпложеннымъ растворомъ IodoI'a, матка была вскрыта посрединѣ ея передней поверхности продольнымъ сѣченіемъ отъ дна до мѣста рыхлаго прикрѣпленія брюшины. Края разрѣза почти не кровоточили. Placenta подъ ножъ не попала; разорвавъ оболочки я извлекъ немедленно младенца за ножки, онъ оказался въ состояніи блѣдной асфиксіи и былъ переданъ для оживленія женщ.-вр. Р. Л. Кацерманъ. Вскорѣ чрезъ разрѣзъ выдѣлилась и placenta съ оболочками, сидѣвшая на задней стѣнкѣ матки; матка сократилась, края раз-





рѣза зіяли, изъ полости незначительное кровотеченіе, сдѣлано подкожное впрыскиваніе эрготина, жгутъ слабо затянутъ вокругъ шейки, внутренняя поверхность матки вытерта 5% растворомъ карболовой кислоты и приступлено къ наложению швовъ на матку. Сперва были проведены 12 глубокихъ швовъ, проникавшихъ чрезъ regi-и myometrium до decidua съ промежутками въ 2 см. Еще предъ проведеніемъ послѣднихъ швовъ изъ опасенія паралича сосудовъ, жгутъ былъ распушенъ, но началось атоническое кровотеченіе, матка расслабла и не сократилась несмотря на массируваніе и горячіе компрессы и повторное впрыскиваніе эрготина. Пришлось затампонировать полость матки длинной полоской іодоформенной марли, конецъ которой выведенъ въ рукавъ. Завязавъ глубокіе швы, я наложилъ еще около 20 поверхностныхъ серо-серозныхъ швовъ; съ цѣлью предупреденія повторной беременности, я перерѣзалъ обѣ трубы поближе къ маткѣ, между двумя лигатурами. Изъ лѣвой трубы былъ резецированъ небольшой кусочекъ, изъ правой же резецировать было нельзя, такъ какъ лигатуры лежали слишкомъ близко одна къ другой. Убѣдившись въ отсутствіи кровотечения, я вправилъ матку обратно въ брюшную полость и брюшную рану зашилъ однимъ рядомъ проникающихъ чрезъ всю толщину стѣнокъ швовъ и нѣсколькими поверхностными промежуточными. Операция длилась 1¼ часа. Для швовъ и лигатуръ употреблялся турнеровскій шелкъ,—для брюшной раны № 11, для глубокихъ маточныхъ № 10, а для поверхностныхъ № 4. Шелкъ былъ вываренъ въ 5% растворѣ карболовой кислоты, а марлевая салфетка и шарики обезпложены кипяченіемъ въ теченіи полчаса въ тавельскомъ растворѣ (Natri chlor. 7, 50 Natri bicarb. 2, 56 Aq. 1000) и употреблены въ влажномъ видѣ.

Извлеченный младенецъ, дѣвочка, послѣ довольно продолжительнаго примѣненія обычныхъ мѣръ была приведена въ чувство и начала дышать. Она имѣла слѣдующіе размѣры: длина=45 см. Окружность головки=33 см. Большой косой=13 см. Малый косой=9½. Прямой=11. Большой поперечный=9 см. Малый=8; поперечникъ плечь=14. Ягодиць=11 см. Всѣ, за неимѣніемъ подъ рукой вѣсовъ, не могъ быть опредѣленъ.

Послѣ пробужденія отъ наркоза родильница найдена въ удовлетворительномъ состояніи, пульсъ частый, но полный. На слѣдующій день утромъ извлеченъ изъ полости матки марлевый тампонъ, но послѣдній кусокъ его не подавался, его пришлось отрѣзать и оставить на мѣстѣ. Этотъ кусокъ длиною въ ¼ аршина могъ быть удаленъ лишь 15 декабря вмѣстѣ съ обхватившими его двумя петлями маточнаго шва. Этотъ непріятный инцидентъ съ марли случился оттого что послѣдніе лигатуры на маткѣ были завязаны при недостаточномъ освѣщеніи, когда уже стемнѣло. Къ счастью этотъ случайный недосмотръ не имѣлъ никакихъ серьезныхъ послѣдствій и не вліялъ нисколько ни на качество послѣродовыхъ очищеній, ни на ихъ свободный стокъ. Послѣоперационное теченіе было нарушено временною непроходимостью кишечника, наступившею на 2-й день вечеромъ, и диффузнымъ бронхитомъ, про-

жившимся на 4-й день послѣ операціи. Сильный метеоризмъ, частая рвота, частый до 130 въ м. пульсъ и сильныя приступы боли, представили въ общемъ довольно тревожную картину, но хорошее наполненіе пульса и общій видъ больной исключили мысль о перитонитѣ. Подъ вліяніемъ подкожныхъ впрыскиваній морфія и Гегаровскихъ клизмъ къ концу 3-хъ сутокъ кризисъ разрѣшился. Въ остальномъ послѣ родовой періодъ прошелъ довольно гладко. Наивысшая  $t^{\circ}$  38,40 была 3-го Декабря и обусловливалась бронхитомъ, пульсъ колебался между 90 и 100. Больная съ самаго начала мочилась сама. Кишечникъ началъ дѣйствовать съ 6-го дня. Кормить ребенка начала на 5-й. На 12 день сняты швы, найдено первичное натяженіе раны за исключеніемъ небольшого участка внизу зажившаго *per graulationem*. Вслѣдствіе общей слабости больная черезъ мѣсяцъ только начала ходить, но была оставлена въ больницѣ для поправленія. Выписана 23 января съ хорошо упитаннымъ ребенкомъ, котораго сама продолжаетъ кормить.

Въ день выписки найдено: влагалищная часть стоитъ высоко, шейка вполне сформирована, дно матки прикрѣплено къ передней брюшной стѣнкѣ и стоитъ на 3 пальца выше симфизы. Далѣе подробное измѣненіе таза произведенное послѣ того какъ больная уже встала съ постели дало слѣдующія величины.

D. Sp. . . . .	=23	см.
„ Cr. . . . .	=24	„
С. Е. . . . .	=15	„
отъ Sp. ant. sup. dextr. до Sp. post. sup. sin. . . . .	=21	см.
„ Sp. ant. sup. sin. до Sp. post. sup. dextr. . . . .	=18 <sup>1/2</sup>	„
отъ нижняго края симфизы до Sp. sup. post. sin. . . . .	=17	„
„ „ „ „ „ Sp. sup. post. dextr. . . . .	=16	„
Conj. Diag. . . . .	= 8 <sup>1/2</sup>	см.
Прямой размѣръ выхода таза. . . . .	11	
Поперечный выходъ . . . . .	11	

Мысль стоитъ очень низко, передняя поверхность крестца обращена слегка влѣво, тѣла крестцовыхъ позвонковъ выдвинуты замѣтно впередъ. Правая безымьянная линія имѣетъ дугообразную форму, лѣвая *distantio sacro—cotyloidea* сильно сжужена и безымьянная линія значительно вытянута впередъ и кнутри.

Обращаясь къ ближайшему опредѣленію формы таза на основаніи вышеизложенныхъ данныхъ мы прежде всего констатируемъ: ясновыраженный характеръ общесжуженнаго плоскаго рахитическаго таза; смѣщеніе верхняго отдѣла крестца впередъ, выпуклость его передней поверхности, низкое стояніе мыса, незначительную разницу между взаимнымъ разстояніемъ передневерхнихъ остей и гребешковъ повздошныхъ костей— все это признаки свойственныя рахитическому тазу. Но что дѣлаетъ тазъ особенно интереснымъ, такъ это его асси-

метрія; онъ представляетъ высокую степень косога смѣщенія костей таза влѣво и въ этомъ отношеніи онъ подходитъ къ типу анкилотически косо сѣуженныхъ тазовъ впервые описанному Naegele старшимъ, но онъ только подходитъ къ этому типу не представляя его въ чистомъ видѣ, что зависитъ отъ разницы въ способѣ происхожденія косога смѣщенія въ Negel'евскомъ тазѣ и нашемъ.

По справедливому требованію *Schantz*'ы <sup>1)</sup> названіе Негелевскаго таза слѣдуетъ примѣнять лишь къ тѣмъ случаямъ, въ которыхъ *primum movens* обезображенія таза заключается въ первичномъ недоразвитіи крыла крестцовой кости на сѣуженной сторонѣ, анкилозъ же крестцово повздошнаго сочлененія на этой же сторонѣ есть уже вторичное явленіе, которое можетъ и отсутствовать; въ нашемъ тазу мы по всей вѣроятности имѣемъ дѣло съ первичнымъ синостозомъ лѣваго крестцовоповздошнаго сочлененія обусловленнымъ каріознымъ процессомъ или периартикулярнымъ воспаленіемъ. Синостозъ этотъ, образовавшійся въ раннемъ возрастѣ, остановилъ дальнѣйшій ростъ соответственной половины крестца и вызвалъ рядъ измѣненій совершенно похожихъ на характерныя особенности Негелевскаго таза, за исключеніемъ отсутствующаго въ нашемъ тазу смѣщенія лѣвой повздошной кости кверху и кзади. Это смѣщеніе обусловленное въ Негелевскомъ тазу перемѣщеніемъ центра тяжести туловища на больную сторону, какъ на болѣе короткое плечо рычага и противодавленіемъ бедра со стороны вертлужной впадины не могло образоваться у нашей больной, которая начала ходить тогда, когда лѣвое крестцовоповздошное соединеніе было уже неподвижно скрѣплено, а лѣвая нога сдѣлалась малолгодной для употребленія. Эта рѣдкая аномалія таза отличается слѣдующими отличительными признаками имѣющимися и въ нашемъ случаѣ. 1) Крыло крестцовой кости на пораженной сторонѣ совершенно отсутствуетъ или недостаточно развито, 2) въ большинствѣ случаевъ на этой же сторонѣ имѣется полное костное срощеніе крестца съ повздошной костью, 3) лонное соединеніе перемѣщено ближе къ здоровой сторонѣ, а лонная дуга открыта непрямо кпереди

<sup>1)</sup> Lehrbuch d. Gesammt. Gynaec. 1896 p. 818.

но и въ сторону недоразвитой половины крестца, 4) расстояние между мысомъ и дномъ вертлужной впадины большой стороны укорочено, 5) передняя поверхность крестца повернута болѣе или менѣе замѣтно къ сторонѣ анкилоза, 6) *linea Terminalis* большой половины таза имѣть болѣе прямое и вытянутое направленье, 7) косой діаметръ одноименный съ большой стороны длинѣе другого. Эти измѣненія обусловливаютъ асиметрію таза, косое суженіе его, плоскость входа его получаетъ форму косолежащаго овала съ узкой половиной соответствующей анкилозированной сторонѣ, въ нашемъ случаѣ лѣвой. При высокихъ степеняхъ этой аномалии, какъ въ нашемъ случаѣ, суженіе пораженной половины входа таза такъ значительно, что она совершенно теряетъ значеніе для родового механизма и предлежащая часть вставляется или пытается вступить въ одну лишь здоровую половину таза: такъ назыв. внѣсрединное вставленіе предлежащей части. Лѣвосторонній кокситъ самостоятельнаго вліянія на форму таза у нашей больной повидимому не имѣлъ,—коксалгія обыкновенно вызываетъ суженіе противоположной стороны,—а лишь второстепенное, обусловливая атрофію соответственной половины таза.

Изъ всего вышеизложеннаго явствуетъ что тазъ нашей больной представлялъ пространственныя отношенія такого рода, что чрезъ него по всей вѣроятности невозможно было бы провести даже и уменьшенный въ объемѣ плодъ и потому показаніе къ кесарскому сѣченію въ этомъ случаѣ было абсолютное.